

## Confiabilidad y validez de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca

**Reliability and validity of the scale to measure the caregiver's contribution to self-care of the patient with heart failure**

**Confiabilidade e validade da escala para mensurar a contribuição do cuidador para o autocuidado do paciente com insuficiência cardíaca.**

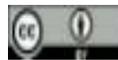
**Jorge Luis Herrera<sup>1</sup>, Magda Lucia Flórez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Magíster en Enfermería. Jefe del Área de Investigación - Programa de Enfermería, Universidad del Sinú - Montería. Correo electrónico: [jlherrera2201@gmail.com](mailto:jlherrera2201@gmail.com)

<sup>2</sup>Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Docente Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: [mllforezf@unal.edu.co](mailto:mllforezf@unal.edu.co)

Cómo citar este artículo en edición digital: Herrera Herrera, J.L. & Flórez Flórez, M.L. (2019). Confiabilidad y validez de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardiaca.. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.21>

Correspondencia: Programa de Enfermería, Universidad del Sinú. Campus Elías Bechara Zainúm: Cra. 1w No. 38-153, Barrio Juan XXIII, Montería - Córdoba CP: 230001  
Correo electrónico de contacto: [jlherrera2201@gmail.com](mailto:jlherrera2201@gmail.com)



Recibido:07/09/2019

Aceptado:12/11/2019

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the reliability and validity of the Spanish version of the scale to measure the caregiver's contribution to self-care of patients with heart failure (CC-SCHFI). **Methodology:** Methodological study, with quantitative approach; which included psychometric tests, applied to family caregivers of people with heart failure. The methodological recommendations of the *International Test Commission* were followed for the cultural adaptation of the translation-back-translation test, semantic adequacy, facial and content validity, reliability through

internal consistency and construct validity). **Results:** An agreement was reached between experts according to the Fleiss Kappa of 0.44 in the relevance dimension, 0.41 in the relevant dimension and a content validity by standardized CVI method of 0.68. The internal consistency of the instrument was optimal with a Cronbach's Alpha coefficient = 0.950. The exploration of the construct yielded a structure of 6 components. **Conclusions:** A Spanish scale was available to address the phenomenon of the caregiver's contribution to the self-care of patients with heart failure, with a factorial analysis that showed that the items of the instrument tend to be grouped into two domains (maintenance and management of self-care) and not three, as proposed by the original instrument.

**Keywords:** heart failure, adherence to treatment, validity of tests, reliability.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la confiabilidad y validez de la versión en español de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca (CC-SCHF). **Metodología:** Estudio metodológico, con abordaje cuantitativo; que incluyó pruebas psicométricas, aplicadas a cuidadores familiares de personas con insuficiencia cardíaca. Se siguieron las recomendaciones metodológicas de la *International Test Commission* para la adaptación cultural de la prueba traducción – retrotraducción, adecuación semántica, validez facial y de contenido, confiabilidad mediante la consistencia interna y validez de constructo). **Resultados:** Se obtuvo un acuerdo entre expertos según el Kappa de Fleiss de 0,44 en la dimensión de relevancia, 0,41 en la dimensión de pertinente y una validez de contenido por método normalizado de CVI de 0,68. La consistencia interna del instrumento resultó óptima con un coeficiente de Alpha de Cronbach = 0,950. La exploración del constructo arrojó una estructura de 6 componentes. **Conclusiones:** Se obtuvo una escala en español disponible para abordar el fenómeno de la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca, con un análisis factorial que mostró que los ítems del instrumento tienden a agruparse en dos dominios (de mantenimiento y gestión del autocuidado) y no tres, como lo propone el instrumento original.

**Palabras clave:** insuficiencia cardíaca, adherencia al tratamiento, validez de las pruebas, confiabilidad.

## RESUMO

**Objetivo:** Determinar a confiabilidade e a validade da versão em espanhol da escala para medir a contribuição do cuidador ao autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca (CC-SCHF). **Metodologia:** Estudo metodológico, com abordagem quantitativa; que incluiu testes psicométricos, aplicados a familiares cuidadores de pessoas com insuficiência

cardíaca. As recomendações metodológicas da *International Test Commission* foram seguidas para a adaptação cultural do teste (tradução-retroversão, adequação semântica, validade facial e de conteúdo, confiabilidade por consistência interna e validade de constructo). **Resultados:** Houve concordância entre os especialistas segundo o Fleiss Kappa de 0,44 na dimensão de relevância, 0,41 na dimensão relevante e validade de conteúdo pelo método CVI padronizado de 0,68. A consistência interna do instrumento foi ótima com um coeficiente alfa de Cronbach = 0,950. A exploração do construto produziu uma estrutura de 6 componentes. **Conclusões:** Foi disponibilizada uma escala de espanhol para abordar o fenômeno da contribuição do cuidador para o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, com uma análise fatorial que mostrou que os itens do instrumento tendem a ser agrupados em dois domínios (manutenção e manejo dos pacientes). autocuidado) e não três, como proposto pelo instrumento original.

**Palavras-chave:** insuficiência cardíaca, adesão ao tratamento, validade de teste, confiabilidade.

**Palavras-chave:** insuficiência cardíaca, adesão ao tratamento, validade de teste, confiabilidade.

## INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son padecimientos de larga duración y de progresión generalmente lenta (Organización Mundial de la Salud, 2013). Este tipo de enfermedades ostentan el título de ser la causa de defunción más importante en el mundo, puesto que representan un 63% del número total de muertes al año, especialmente en los países de ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud, 2013). Dentro de este grupo de padecimientos se incluyen las enfermedades

cardiovasculares, definidas como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos las cuales, según la misma OMS, representan las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. En América, por ejemplo, se produjeron alrededor de 1,6 millones de muertes por este tipo de enfermedades; 30% del total de muertes en la región (Organización Mundial de la Salud, 2013).

En lo que respecta a Colombia, según cifras consolidadas del Departamento Nacional de Estadística (DANE), para el 2014 las causas más frecuentes de muerte fueron las enfermedades isquémicas del corazón, con 34.453 casos certificados que equivalen al 16,4% de fallecimientos. La segunda causa fueron las enfermedades cerebrovasculares, con una participación de 6,8%. Este panorama no fue distinto para los años siguientes, pues los datos para el año 2015 reflejaron cifras muy parecidas, ubicando las cardiopatías isquémicas en el primer lugar con los 16,5%, seguidas de las enfermedades cerebrovasculares con el 6,9%. Respecto al año 2016, las enfermedades isquémicas del corazón ocasionaron el 16,7% de las muertes mientras que las enfermedades cardiovasculares ocasionaron el 6,8%. En otras palabras, las enfermedades asociadas al corazón ocupan los primeros puestos como causales de muerte en el país (DANE, 2014, 2016).

Teniendo en cuenta lo anterior, autores como Hernández (2015) señalan que

esta situación demanda un aumento en la disposición de recursos, no solo en la optimización de las intervenciones orientadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las cardiopatías, sino también en la búsqueda de identificación de causas de la enfermedad, pautas para su manejo y su control. Dentro de este contexto, los factores de riesgo son características o conductas de las personas que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2013). La literatura científica publicada y disponible coincide en que la combinación de una dieta poco saludable, sedentarismo, consumo de tabaco, ingesta de alcohol, entre otros factores, tienen una relación directa con el origen de padecimientos como hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo 2; todos estos elementos anteriormente mencionados también son factores de riesgo para la salud cardiovascular.

Desde este punto de vista, existen situaciones de cuidado en las que cobra gran importancia la prevención y promoción de la salud, al igual que la modificación de estilos de vida, con el fin de prevenir, cambiar o mejorar el pronóstico de la persona con alteraciones cardiovasculares. De igual forma, múltiples estudios coinciden (Castellano, Narula, Castillo, & Fuster, 2014; Gallardo Solarte, Benavides Acosta, & Rosales Jiménez, 2016) en que la conducta es un aspecto muy importante cuando se analizan los factores de riesgo (si

se excluyen aquellos que tienen un origen genético), por lo que la voluntad del individuo desempeñaría un papel fundamental en el control de estos factores, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos son modificables.

En este sentido, se ha demostrado que los factores psicológicos también influyen en el desarrollo de diferentes trastornos cardiovasculares. De igual modo, (en la etiología, prevención y tratamiento de este tipo de padecimientos), se ha descrito una interacción entre grupos de variables, dentro de las cuales se destacan las conductuales, fisiológicas, ambientales y socioculturales (Fernández Abascal, Martín Díaz, & Domínguez Sánchez, 2003) ;lograr un cambio en la conducta es una estrategia decisiva de cara a la prevención y modificación de los factores de riesgo y el rol que cumple el comportamiento en cada uno de ellos.

Conforme lo anterior, no se deben descuidar a los cuidadores, porque son quienes han sido identificados como un recurso importante para los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) en el manejo y afrontamiento de la enfermedad (Buck et al., 2015). Se ha demostrado que los cuidadores ayudan a los pacientes con insuficiencia cardiaca con comportamientos de autocuidado, tales como ayudar a tomar los medicamentos y a proporcionar apoyo emocional sustancial durante la progresión de la enfermedad (Garlo, O'Leary, Van

Ness, & Fried, 2010; Vellone, Riegel, Cocchieri, et al., 2013). Además, el apoyo de los cuidadores incide directamente en los resultados en los pacientes, medidos por la readmisión hospitalaria y la calidad de vida (Luttik, Jaarsma, Moser, Sanderman, & van Veldhuisen, 2005).

En este sentido, algunas teorías identifican los componentes y predictores del autocuidado en la IC, como lo es la de Riegel y Dickson 2008, que luego fue revisada y actualizada (Riegel, Dickson, & Faulkner, 2016). Esta teoría se ha centrado específicamente en el proceso que los pacientes con IC utilizan para el autocuidado; dentro de ese proceso, se encuentra la influencia que tiene el apoyo brindado por los cuidadores de estos pacientes. Diversos estudios recomiendan investigaciones relacionadas con este fenómeno para examinar el impacto de las contribuciones de los cuidadores en los resultados de autocuidado del paciente (Buck et al., 2015). Sin embargo, grupos de investigación se están enfocando en la medición del aporte dado por los cuidadores al autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca, por lo que actualmente existen validados en varios contextos dos instrumentos que permiten esta medición: la escala CC-SCHF (Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index) y el cuestionario CACHS (Caregiver Contribution to Heart Failure Self-care).

Conforme al instrumento CACHS, este fue estructurado mediante una búsqueda orientada por revisiones sistemáticas, cuyo objetivo era conocer las actividades de ayuda brindadas por los cuidadores de pacientes con falla cardíaca y la opinión de expertos en el tema. De este proceso surgió un instrumento de 36 ítems distribuidos en 3 dominios, con una validez de contenido general de 0,88; para cada dominio, la validez fue de 0,88 para el mantenimiento del autocuidado, 0,96 para la vigilancia de los síntomas y 0,96 para el autocuidado. Estos datos reflejan un alto acuerdo entre evaluadores, sin embargo recomiendan continuar con otro tipo de pruebas de validez y confiabilidad (Harkness et al., 2016).

Por otra lado, el instrumento CC-SCHFÍ identificó las actividades de apoyo realizadas por los cuidadores y además las relaciona con los supuestos teóricos contenidos en la teoría de situación específica de Barbara Riegel (Vellone, Riegel, D'Agostino, et al., 2013). De este modo, el instrumento ubica dichas actividades en tres dominios: mantenimiento de autocuidado, manejo o gestión de autocuidado y confianza en el cuidado de sí mismo, con un total de 22 ítems; pruebas psicométricas reportaron una consistencia interna de 0,80 y una correlación interclase de 0,9.

Teniendo en cuenta el número de ítems, las pruebas psicométricas documentadas y el soporte teórico disciplinar, se eligió determinar a través de la presente

investigación, la confiabilidad y validez de la versión en español de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca CC-SCHFÍ, específicamente para el contexto colombiano.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo metodológico con enfoque cuantitativo e incluyó la realización de pruebas psicométricas, las cuales se aplicaron a cuidadores familiares de personas con insuficiencia cardíaca, para establecer la confiabilidad y validez de la versión en español de la escala para medir la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca (CC-SCHFÍ), con previo aval del autor de la versión original del instrumento.

### *Traducción y ajuste lingüístico*

A partir de la versión original en inglés del instrumento CC-SCHFÍ, se realizó la traducción formal al castellano por un traductor oficial. Esta traducción fue llevada a trabajo de campo con 290 cuidadores de pacientes con falla cardíaca para establecer la comprensibilidad de cada uno de los ítems. A las personas que decidieron participar, se les preguntó si comprendían o no cada una de las preguntas, para posteriormente establecer el porcentaje de comprensibilidad de cada uno de los ítems, de manera que se estableció que un resultado menor al 90% implicaba una reestructuración a fondo del ítem; entre 90-95% se requería un ajuste menor y si era mayor al 95% el

ítem no requería modificación alguna. Con los resultados de este proceso, se realizaron los ajustes de tipo lingüístico y semántico y una traducción dinámica, obteniendo la versión en español de la escala.

#### ***Validez facial, de contenido y constructo***

La propuesta de la versión en español fue sometida a juicio de 10 expertos, los cuales fueron seleccionados bajo los siguientes lineamientos: 1. tener idealmente formación en posgrado (especialización, maestría, doctorado) o como mínimo cinco de años de experiencia en el área cardiovascular (en cualquier nivel de complejidad), 2. experiencia certificada en el cuidado de adultos con falla cardíaca y sus cuidadores o 3. procesos académicos en labor docente o investigativa.

El investigador se contactó con los expertos vía mensajes electrónicos, entregando la versión en español con ajustes lingüísticos de la escala y una plantilla donde debían evaluar los dominios de relevancia, pertinencia y esencialidad de cada uno de los ítems. La validez facial por expertos se determinó mediante la concordancia en los dominios de relevancia (el ítem es importante y por lo tanto debe permanecer en el instrumento) y pertinencia (el ítem es apropiado o congruente con lo que se está midiendo), mediante el cálculo del índice Kappa de Fleiss.

Para la validez de contenido se tuvo en cuenta la calificación en el dominio esencial,

es decir, si el ítem medía la habilidad, el conocimiento o la competencia para el desempeño de una tarea. Al respecto, se realizó el cálculo de los índices CVR (Content Validity Ratio), para cada ítem, e IVC (Índice de Validez de Contenido), para toda la prueba, propuestos por Tristán (2003). Para ambos índices, los valores debían ser superiores a 0,58. La validez de constructo se realizó mediante un análisis factorial exploratorio, mediante el programa estadístico SPSS versión 24, licenciado a la Universidad del Sinú, Montería.

#### ***Confiabilidad***

La confiabilidad del instrumento fue medida mediante el Alpha de Cronbach general y para cada uno de los tres dominios que componen la escala.

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

La fase inicial del presente estudio consistió en el proceso de traducción del instrumento desde su idioma original, teniendo en cuenta el concepto de equivalencia lingüística, para ser sometido a pruebas de adaptación cultural. Durante este procedimiento, fue necesaria la adecuación semántica, que incluyó cambios en algunos de los ítems (Tabla 1) para poder garantizar la comprensión y contextualización del instrumento por parte de las personas a las cuales va dirigido.

El instrumento sometido a pruebas psicométricas en el presente estudio derivó

de revisiones y análisis por parte de los autores y de actividades llevadas a cabo por pacientes y cuidadores en el contexto del diagnóstico de falla cardíaca, cuyos datos fueron reportados en diversas publicaciones científicas (Buck et al., 2015). Posiblemente, algunas de las actividades incluidas en el instrumento no fueron realizadas por los participantes del estudio, motivo por el cual ello puede influir en la comprensión del ítem. Teniendo en cuenta lo anterior, y basándose en otros autores (Gaite, Ramírez, Herrera, & Vázquez-Barquero, 1997; Hambleton & Patsula, 1998), es preciso considerar que el fin primordial de cualquier traducción es obtener la equivalencia conceptual, sin embargo hay que tener siempre presente la necesidad de trascender la simple equivalencia lingüística para obtener traducciones conceptual y culturalmente equivalentes, aun en detrimento de su similitud lingüística.

Para la validez de contenido, se llevó a cabo la presentación del instrumento a un panel de expertos, aplicando luego la fórmula para el CVR normalizado por Tristán (Tristán-López, 2003). El CVR (Content Validity Ratio) es la proporción de acuerdos en la categoría de esencial, siendo este último un atributo solicitado por los expertos para evaluar si el ítem es capaz de medir la habilidad, el conocimiento o la competencia para el desempeño de una tarea por parte de los cuidadores. En este sentido, el puntaje aceptable según el CVR debe ser mayor o igual a 0,58 del total de acuerdos.

Así mismo, otro cálculo estadístico propuesto por Tristán es el cálculo del CVI (Content Validity Index) como promedio del CVR de todos los ítems del instrumento. Se considera un conjunto de ítems aceptable si su CVI es superior a 0,58 y solo se reporta el valor promedio obtenido. De igual forma, el CVI del instrumento “se refiere a la concordancia entre la capacidad (habilidad, competencia, conocimiento, etc.) solicitada en un dominio específico y el desempeño solicitado en la prueba que trata de medir dicho dominio” (Tristán-López, 2003).

En este contexto, en la prueba de validez de contenido por expertos para el instrumento CC-SCHFI adaptado al contexto colombiano, se encontró un CVI total de 0,68, por lo cual se considera aceptable, lo que quiere decir que los ítems del instrumento son comprensibles en todos los criterios evaluados y miden en forma aceptable la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca.

Sin embargo, al discriminar estos resultados por ítem, se puede evidenciar que los ítems 2 y 9, del dominio de mantenimiento, 14 y 16, del dominio de gestión, y 21 y 22, del dominio de confianza, no obtuvieron un CVI aceptable. Teniendo en cuenta estos resultados, y al revisar las evaluaciones realizadas por el panel de expertos en estos ítems en particular, las observaciones coincidieron en que son actividades que no aportan al autocuidado del paciente con falla cardíaca desde el cuidador.

Por otra parte, se realizó la medición del índice de Kappa, con el fin de evaluar la validez facial, para lo cual se les solicitó a los jueces evaluar dos dimensiones denominadas relevancia (el ítem es importante y por lo tanto debe permanecer en el instrumento) y pertinencia (el ítem es apropiado o congruente con lo que se está midiendo). De esta forma, se encontró que la fuerza de concordancia fue moderada para ambas dimensiones, con valores de 0,44 y 0,41 respectivamente.

Así mismo, se encontraron recomendaciones durante la fase de juicio por expertos que dieron cuenta de discrepancias sobre si todos los ítems eran relevantes, pertinentes y esenciales para el instrumento y su capacidad de medir realmente los constructos de mantenimiento, gestión y confianza. Para conocer la confiabilidad, se llevó a cabo el cálculo del Alpha de Cronbach al ser un instrumento de naturaleza multidimensional, se realizó el cálculo de medidas de consistencia interna para cada uno de los dominios que lo conforman (Barbaranelli, Lee, Vellone, & Riegel, 2015).

El rango para un Alpha de Cronbach es aceptable está cuando oscila entre 0,70 y 0,9, como ya se había descrito previamente. Para la consistencia interna general de toda la escala, se obtuvo un Alpha de 0,950, lo que indica que los ítems del instrumento miden efectivamente la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con

falla cardiaca, haciéndolo un instrumento confiable y consistente.

Para los dominios de mantenimiento del autocuidado, gestión del autocuidado y confianza en el autocuidado, los resultados fueron 0,80, 0,76 y 0,93 respectivamente; en este sentido, se encontró más alta la confiabilidad para el dominio de confianza en el autocuidado, evidenciando que sus ítems están más relacionados con este dominio. Para los otros dos, la confiabilidad sigue siendo igualmente aceptable, aunque se encontró más baja que en el dominio de confianza, evidenciando que sus ítems no están tan altamente correlacionados.

Ahora bien, al comparar estos resultados con el estudio de Vellone y colaboradores (2013), existe coincidencia con los resultados del presente trabajo, pues en ellos se obtuvo una confiabilidad de 0,80 en las dimensiones de mantenimiento y confianza y una más baja en el dominio de gestión con una puntuación de 0,65, lo que concuerda con los datos de esta investigación.

En relación con la validez de constructo, esta se determinó mediante un análisis factorial exploratorio con extracción por componentes principales y rotación Varimax; para la presente investigación, se estableció como criterio de extracción de factores valores propios superiores a 1. A partir de ello, se encontraron 6 factores que agruparon los ítems, siendo los factores 1, 2 y 3 los que presentaron mayor carga

factorial. El análisis estadístico se describe a continuación:

- Factor 1: agrupó ítems orientados al dominio relacionado con el mantenimiento del autocuidado, como lo son los ítems 4, 5 y 8. Sin embargo, los ítems 15 y 16 hacen parte del dominio de gestión de los síntomas y el 17 hace parte del dominio de confianza.
- Factor 2: agrupó solo los ítems 11, 13, 14, que en la escala hacen parte del dominio de gestión del autocuidado. El resto de los ítems hacen parte de los dominios de mantenimiento y confianza.
- Factor 3: agrupó los ítems 7 y 2, los cuales en la escala original hacen parte de los dominios de mantenimiento y confianza.
- Factor 4, 5 y 6 agruparon los ítems 12, 9 y 6 respectivamente, que hacen parte de gestión y mantenimiento.

Teniendo en cuenta estos resultados y contrastándolos con los obtenidos en la validez de contenido, se encuentra relación entre los ítems con baja puntuación en CVI (2, 9, 12, 16, 21, 22) y la validez de constructo, porque estos mismos ítems presentaron extracción factorial hacia los factores 4, 5 y 6 o a otros factores no

relacionados con el dominio al cual pertenecían en la escala original. Por esta razón, a partir de las cargas factoriales presentadas, se deduce que estos ítems no se pueden definir como un dominio específico.

No se encuentra relación entre la distribución de los ítems por dominio y el número total de estos, tanto de la escala original como de los obtenidos con el Análisis Factorial Exploratorio contemplado en el presente diseño, no es posible para el investigador definir qué ítems miden qué factores, ni tampoco las relaciones que se suponen entre los mismos (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza, & Tomás-Marco, 2014).

## CONCLUSIONES

Mediante la traducción de esta escala desde su idioma original, se logró el análisis de elementos conceptuales que en teoría miden el constructo en cuestión, sin embargo para ello fue necesaria la contextualización y el ajuste desde el punto de vista semántico y lingüístico para hacer más comprensible el instrumento en el contexto colombiano. Esto dio como resultado un instrumento disponible para abordar el fenómeno de la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardíaca.

Para el instrumento en cuestión, se obtuvo una validez facial mediante la evaluación de acuerdo con expertos según el Kappa de Fleiss de 0,44 en la dimensión de relevancia y 0,41 en la dimensión de

pertinente, lo que representa una concordancia moderada. En cuanto a la validez de contenido, esta fue de 0,68, donde el panel de expertos consideró que los ítems 2, 9, 14, 16, 21 y 22 no se relacionaban con el constructo general que se pretendía medir con el instrumento, lo que influyó en los resultados de la evaluación de estos aspectos.

En cuanto a la consistencia interna total de instrumento, esta se presentó como óptima, con un coeficiente Alpha de Cronbach = 0,950 y una confiabilidad superior a 0,7 para cada uno de los dominios, lo cual cumple con los parámetros teóricos de fiabilidad y demuestra que el instrumento es homogéneo. Esto da cuenta desde el punto de vista de la confiabilidad que el instrumento sí mide los dominios de mantenimiento, gestión y confianza y estos, a su vez, miden la contribución del cuidador al autocuidado del paciente con falla cardiaca.

En cuanto a la exploración del constructo, el análisis factorial exploratorio arrojó una estructura de 6 factores, de los cuales solo 2 agrupaban ítems con carga factorial suficiente para lograr definir a estos factores como dominios (mantenimiento y gestión). Sin embargo, estos no coincidieron con la distribución de tres dominios que presentaba la escala original. Estos resultados también permitieron observar que los ítems agrupados en los dominios de mantenimiento y gestión se mezclaban entre

sí, lo cual lleva a pensar que deben revisarse nuevamente para identificar cuáles verdaderamente miden el mantenimiento y cuáles miden la gestión de acuerdo con la teoría de Riegel.

La presente investigación se convierte en un punto de partida para el estudio de las contribuciones realizadas por los cuidadores de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca, operacionalizadas mediante un indicador empírico. El instrumento seleccionado engloba una gama de acciones reportadas por la literatura y llevadas a cabo por cuidadores de este tipo de pacientes. Desde el punto de vista disciplinar y teórico, contar con un indicador empírico enfocado al cuidador permite el diseño, implementación, evaluación y análisis de acciones multidisciplinares e intersectoriales que se puedan aplicar a la diada paciente y cuidador. De este modo, se fortalece el autocuidado, considerado un elemento importante y un predictor de éxito en el abordaje del paciente con falla cardiaca y no debe ser tomado de manera aislada o individualizada, puesto que los cuidadores son pieza fundamental en el logro, mantenimiento y seguimiento de este en los pacientes. Finalmente, teniendo en cuenta que la investigación es una herramienta que cualifica la práctica de enfermería, la revisión conceptual permitió el análisis de una teoría de situación específica, la teoría del autocuidado del paciente con falla cardiaca, la cual aporta elementos que enriquecen la práctica y que responden a las

necesidades del fenómeno de autocuidado en estos pacientes.

instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Arch Neurobiol*, 60(2), 91–111.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barbaranelli, C., Lee, C. S., Vellone, E., & Riegel, B. (2015). The problem with Cronbach's Alpha: comment on Sijtsma and van der Ark (2015). *Nurs Res*, 64(2), 140–145. doi: <https://doi.org/10.1097/NNR.00000000000000079>
- Buck, H. G., Harkness, K., Wion, R., Carroll, S. L., Cosman, T., Kaasalainen, S., et al. (2015). Caregivers' contributions to heart failure self-care: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 14(1), 79–89. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515113518434>
- Castellano, J., Narula, J., Castillo, J., & Fuster, V. (2014). Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol*, 67(9), 724–730.
- DANE. (2014). Nacimientos y defunciones: Cifras definitivas 2014.
- DANE. (2016). Cifras preliminares 2015-2016.
- Fernández Abascal, E. G., Martín Díaz, M. D., & Domínguez Sánchez, F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615–630.
- Gaité, L., Ramírez, N., Herrera, S., & Vázquez-Barquero, J. L. (1997). Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Arch Neurobiol*, 60(2), 91–111.
- Gallardo Solarte, K., Benavides Acosta, F. P., & Rosales Jiménez, R. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Rev Cienc Salud*, 14(1), 103–114.
- Garlo, K., O'Leary, J., Van Ness, P., & Fried, T. (2010). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J Am Geriatr Soc*, 58(12), 2315–2322.
- Hambleton, R. K., & Patsula, L. (1998). Adapting Tests for Use in Multiple Languages and Cultures. *Social Indicators Research*, 45(1–3), 153–171. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1006941729637>
- Harkness, K., Buck, H. G., Arthur, H., Carroll, S., Cosman, T., McGillion, M., et al. (2016). Caregiver Contribution to Heart Failure Self-Care (CACHS). *Nurs Open*, 3(1), 51–60. <https://doi.org/10.1002/nop2.35>
- Hernández Galvis, D. Y. (2015). Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardíaca. *Av Enferm*, 33(1), 114–123.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol*, 30(3), 1151–1169. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Luttk, M., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., & van Veldhuisen, D. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *J Cardiovasc Nurs*, 20(3), 162–169.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles.

- Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs*, 23(3), 190–196. doi: <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care. *J Cardiovasc Nurs*, 31(3), 226–235. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000000244>
- Tristán-López, A. (2003). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*, 6(1), 37–48.
- Vellone, E., Riegel, B., Cocchieri, A., Barbaranelli, C., D'Agostino, F., Glaser, D., ... Alvaro, R. (2013). Validity and Reliability of the Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs*, 28(3), 245–255. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318256385e>
- Vellone, E., Riegel, B., D'Agostino, F., Fida, R., Rocco, G., Cocchieri, A., & Alvaro, R. (2013). Structural equation model testing the situation-specific theory of heart failure self-care. *J Adv Nurs*, 69(11), 2481–2492. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12126>

**Tabla 1: Palabras o ítems con cambios por ajuste lingüístico**

Palabra o ítem	Versión final
Ítem 2 ¿A revisar los tobillos para la hinchazón?	¿A revisar si sus tobillos están hinchados?
Ítem 5 ¿A mantener las citas con el doctor o la enfermera?	¿A asistir a citas con el doctor o la enfermera?
Ítem 14 ¿A tomar una pastilla de agua extra?	¿Tomar una pastilla de diurético extra?
Ítem 22 ¿Evaluar cómo de bien funciona un remedio?	¿Evaluar qué tan bien funciona un remedio?
Eliminar preposición a de los ítems 12 al 15	Dichos ítems fueron eliminados.
A reducir la sal en la dieta.	Reducir la sal en la dieta.
A reducir la ingesta de líquidos.	Reducir la ingesta de líquidos.
A tomar una pastilla de diurético extra.	Tomar una pastilla de diurético extra.
A llamar al médico o enfermera para orientación.	Llamar al médico o enfermera para orientación.
Ítem 11, cambiar opción de respuesta: No ha tenido estos.	No ha tenido.

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2: Ítems que no cumplieron con el valor mínimo aceptado de CVR**

Ítem	Esencial	Útil, pero no necesario	No necesario	(CVR') <sup>a</sup>
Ítem 2	2	8	0	0,2
Ítem 9	1	4	5	0,1
Ítem 14	3	3	4	0,3
Ítem 16	3	1	6	0,3
Ítem 21	3	7	0	0,3
Ítem 22	3	1	6	0,3

<sup>a</sup> Coeficiente de validez  $CVR = \frac{n_e}{N}$  por ítem. Ítem aceptable con  $CVR' > 0,58$ .

Fuente: elaboración propia.