



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**VALIDACIÓN EXPLORATORIA Y CONFIABILIDAD: ESCALA DE  
ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO EN ADULTOS CON ENFERMEDADES  
CRÓNICAS**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO MAGÍSTER EN ENFERMERÍA  
MENCION GESTIÓN DEL CUIDADO

AUTOR: ANGÉLICA MARÍA LUARDO BARROS

PROFESOR GUÍA TESIS: PAULINA HURTADO ARENAS

---

VALPARAÍSO-CHILE  
ENERO 2019

Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería

### INFORME DE EVALUACIÓN TESIS DE MAGISTER

La Comisión Evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato/a

#### NOMBRE ESTUDIANTE

ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día..... del mes....., de año....., como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería con mención..... y, para que así conste para todos los efectos firman:

Comisión Evaluadora Profesor/a Guía de Tesis: \_\_\_\_\_

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

Profesor/a Corrector/a de Tesis: \_\_\_\_\_

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

Profesor/a Ministro/a de Fe: \_\_\_\_\_

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

## INDICE DE CONTENIDO

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN	10
1.1 INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL	13
2.1 MARCO TEÓRICO	14
2.1.1 RESEÑA HISTÓRICA	14
2.1.2. TEORÍA Y SUS PRINCIPALES SUPUESTOS	14
2.1.3 MODELO DE ADAPTACIÓN CALLISTA ROY	17
2.1.4 ESCALA DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY	21
2.1.5 ETAPAS VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO.	23
2.2 MARCO EMPÍRICO	35
2.2.1 PERFIL POBLACIÓN CHILENA.	35
2.2.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	36
2.2.3 ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO SU RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL.	39
2.2.4 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.	41
2.2.5 ESTUDIOS DE VALIDACIÓN ESCALA DE ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO	44
CAPITULO 3: METODOLOGÍA	46
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.1.1 TIPO DE ESTUDIO	47
3.1.2 FASES DE ESTUDIO	47
3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO	50
3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	50
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	50
3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	50
3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	51
3.5 INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE DATOS	51
3.6 RECOLECCIÓN DE DATOS	53
3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	54
3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	54
CAPITULO 4: RESULTADOS	56
4.1 RESULTADOS	57
4.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.	57
4.1.2 TRADUCCIÓN Y ADECUACIÓN SEMÁNTICA DEL INSTRUMENTO.	57
4.1.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.	58
4.1.4 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.	67
CAPITULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	69
5.1 DISCUSIÓN	70
5.2 CONCLUSIONES	72

5.3 SUGERENCIAS	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	84

## **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Representación diagramática de los sistemas adaptativos humanos	20
Figura 2. Proceso de traducción, adaptación cultural y validación.	26
Figura 3. Fórmula análisis factorial.	30
Figura 4. Ecuación cálculo coeficiente de confiabilidad.	34

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Sugerencias Pre-test	58
Tabla 2: Sugerencias grupo de expertas.	59
Tabla 3: Prueba de Kolmogorov-Smirnov	60
Tabla 4: Relación entre Escala CAPS Versión abreviada y Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.	61
Tabla 5: Estadísticos descriptivos de la Escala CAPS Versión abreviada	62
Tabla 6: Resultados de la Prueba de Bartlett y Test KMO	63
Tabla 7: Comunalidades de los indicadores del instrumento	64
Tabla 8: Análisis factorial	65
Tabla 9: Matriz de la estructura factorial	66
Tabla 10: Distribución de los ítems por factor o componente	67
Tabla 11: Estadístico de confiabilidad	67
Tabla 12: Alfa si el elemento es suprimido	68

## RESUMEN

Los procesos de afrontamiento y adaptación son fundamentales para las personas, puesto que de su eficiencia depende el mantenimiento y recuperación de la salud, lo que hace necesario contar con instrumentos culturalmente válidos que midan esta dimensión.

**Objetivo:** Determinar la validez exploratoria y confiabilidad de la Escala de adaptación y afrontamiento (CAPS) versión abreviada de Callista Roy en adultos con enfermedades crónicas en Chile. **Materiales y métodos:** Estudio psicométrico. El instrumento fue aplicado a una muestra de 100 adultos con enfermedades crónicas pertenecientes a cuatro centros de la región Valparaíso, Chile: Corporación de Ayuda al Ostomizado (CORAOS), Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Fundación diabetes juvenil y Sociedad de hemodiálisis Valparaíso (HEMOVAL); se evaluó la validez contenido a través del juicio de 7 expertos; validez criterio concurrente a través de la correlación con la Escala Multidimensional de Apoyo Percibido (MSPSS), validez de constructo a través de un análisis factorial exploratorio y confiabilidad por medio del método de consistencia interna con el indicador alfa de Cronbach. **Resultados:** La Escala CAPS versión abreviada cuenta con validez de contenido; Validez de criterio concurrente con correlación débil determinada por un Coeficiente de Spearman de 0,29; Validez de constructo incipiente puesto que se asocia a cuatro dimensiones y no a una como plantea la teoría y confiabilidad aceptable ( $\alpha=0,75$ ). **Conclusión:** Este instrumento es parcialmente válido y confiable para ser utilizado en población adulta chilena, sin embargo se sugiere revisar nuevamente los ítems y adecuar la escala a la cultura chilena y aplicar la escala nuevamente a una muestra más significativa.

Palabras claves: Adaptación, personas, enfermedades crónicas, salud. (DeCS 2018, Versión 31 Julio 2018)

## ABSTRACT

The processes of coping and adaptation are key for nursing, as their efficiency depends on the maintenance and recovery of health, which makes necessary to have culturally valid instruments that measure this dimension. **Objective:** Determining investigative validity and reliability of the Adaptation and Coping Scale (CAPS), abbreviated version of Callista Roy in adults with chronic diseases in Chile. **Materials and methods:** Psychometric study. The instrument was applied to a sample 100 participants adults with chronic diseases belonging to four centers in the region of Valparaiso, Chile: Corporación de Ayuda al Ostomizado (CORAOS), Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Fundación diabetes juvenil y Sociedad de hemodiálisis Valparaíso (HEMOVAL). The validity of the content was assessed through discernment of seven experts; concurrent criterion validity was assessed through correlation with Multidimensional Scale Of Perceived Social Support (MSPSS); validity of construct was assessed through exploratory factorial analysis and reliability was assessed through method of internal consistency with the Cronbach alpha indicator. **Results:** The abridged version of the CAPS scale has validity of content; validity of concurrent criteria with a slight correlation determined by the Spearman's Coefficient of 0.29; Emerging validity of construct as it is associated with four dimensions and not to one as the theory suggests and acceptable reliability ( $\alpha = 0.75$ ). **Conclusion:** This instrument is partially valid and reliable to be used in the Chilean adult population, however it is suggested to go through the items and adapt the scale to the Chilean culture and to apply the scale again to a more significant sample.

Keywords: Adaptation, persons, chronic diseases, health. (DeCS 2018, Version July 31, 2018.)

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a mi familia, amigos y colegas por su apoyo constante, porque mis logros han sido gracias a ellos.

A mi profesora guía, Paulina Hurtado A, por su apoyo constante, por su excelente capacidad docente y ante todo por su calidad de persona.

A todos ustedes

Muchas Gracias

## **CAPITULO 1**

### **INTRODUCCIÓN**

## 1.1 INTRODUCCIÓN

La investigación es una fuerza importante en toda disciplina, puesto que los resultados obtenidos de ella permiten adquirir nuevos conocimientos y mejorar los existentes basándose en la evidencia (1). Cuando en la investigación en enfermería se plantea la pregunta ¿Qué es lo que se quiere investigar?, la respuesta es, aquello cumpla con tres puntos clave; el primero que sea de interés para la enfermería, segundo que los resultados de la investigación sean aplicables en la práctica clínica y tercero que permita tomar decisiones y planificar los cuidados para promover resultados positivos en el paciente y su familia (2).

Frente a esta interrogante, el estudio de los procesos de afrontamiento para la adaptación es un ámbito de interés para la disciplina de enfermería y para las personas, puesto que de su eficacia depende el mantenimiento y la recuperación de la salud. Este tema ha sido abordado por diferentes teóricas de la disciplina, entre ellas Sor Callista Roy, quien en su Modelo de Adaptación considera a la persona como un sistema adaptativo holístico que se encuentra en continua interacción con un medio ambiente cambiante (3).

El desarrollo de este modelo ha motivado a las enfermeras/os de diferentes países alrededor del mundo para su aplicación y sus resultados son evidentes a través de los productos de investigación publicados en revistas de enfermería (4). El objetivo de la enfermería, según Roy, consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades durante la salud y la enfermedad (5), y para medir esta adaptación, Callista Roy construyó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación – Coping Adaptation Processing Scale (CAPS) conformada por 47 ítems, dicho instrumento actualmente se encuentra validado en su versión en inglés, español y tailandés (1). Además ha sido traducido en 6 idiomas, utilizado al menos en 13 países en cuatro continentes, y es considerado de alta utilidad.

Sin embargo una de las preocupaciones que fueron advertidas por los investigadores que han utilizado el instrumento fue la carga del entrevistado por la extensión de la herramienta, es por ello que su autor, Callista Roy, decidió desarrollar un proyecto con el

objetivo de acortar los 47 enunciados de la Escala CAPS, ante lo que en año 2016 logró desarrollar la versión abreviada de la Escala (6). La cual fue sometida al proceso de validación y determinación de la confiabilidad en la presente investigación.

El proceso de validación pretende discriminar si el instrumento mide lo que pretende medir, puesto que la metodología de validación es poco conocida por los profesionales sanitarios, frecuentemente se encuentran investigaciones en las que se utilizan de manera indiscriminada instrumentos que son adaptados o validados de manera poco consistente (7). Por ende enfermería como una ciencia emergente debe conocer la metodología adecuada para la validación de los instrumentos que se aplican en nuestra disciplina, para que así contar con investigaciones cuyos resultados obtenidos sean confiables y aplicables a nuestra población.

Es de gran importancia contar con instrumentos culturalmente válidos en la población sobre la que se esta interactuando, ya que en ocasiones algunas situaciones contenidas en el instrumento no tienen sentido para otras culturas o regiones geográficas, en consecuencia, los resultados no reflejan la realidad del grupo estudiado (8).

A partir de esto surge la siguiente pregunta de investigación:

- ¿La escala de adaptación y afrontamiento (CAPS) versión abreviada es un instrumento válido y confiable para ser aplicado en adultos con enfermedades crónicas en Chile?.

Por ende el objetivo general de la presente investigación es:

- Determinar la validación exploratoria y confiabilidad de la Escala de adaptación y afrontamiento (CAPS) versión abreviada de Sor Callista Roy en adultos con enfermedades crónicas en la V región, Chile.

Los objetivos específicos se centran en:

- Traducir y adecuar semánticamente el instrumento.
- Identificar la validez de contenido del instrumento.
- Identificar la validez de criterio del instrumento.
- Identificar la validez de constructo del instrumento.
- Identifica la confiabilidad del instrumento

## **CAPITULO 2**

### **MARCO REFERENCIA**

## **2.1 MARCO TEÓRICO**

### **2.1.1 Reseña histórica**

Callista Roy es miembro de las Hermanas de San José de Carondelet, nació el 14 de octubre de 1939 en Los Ángeles (California). En 1963, obtuvo el título de grado en Enfermería en el Mount Saint Mary's College en Los Ángeles, y en 1966 un máster en enfermería de la Universidad de California (Los Ángeles). Posteriormente en 1973 recibió un máster en sociología y un doctorado en la misma materia en la Universidad de California (9).

Gran parte de su carrera en el ámbito clínico lo desarrolló en servicios pediátricos, en donde observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a los cambios físicos y psicológicos importantes. Fue tal el impacto del nivel de adaptación, que decidió considerarlo como un marco conceptual adecuado para la enfermería e incorporarlo en su modelo, el que se puso en marcha 1968 cuando el Mount Saint Mary's College adoptó el marco de adaptación como base filosófica para la formación enfermera. El modelo de adaptación de Roy se presentó por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la Nursing Outlook, titulado "Adaptation: A conceptual Framework for Nursing" (9).

Posteriormente se desarrolló como profesora asociada y presidenta del departamento de enfermería del Mount Saint Mary's College. Colaboró e impartió clases en la Universidad de Portland; entre 1983 a 1985 fue una Robert Wood Johnson, Post Doctoral Fellow en la Universidad de California como enfermera especialista en neurología. Para luego en el año 1987 ocupar el puesto de enfermera teórica en el Boston College School of Nursing (9).

### **2.1.2. Teoría y sus principales supuestos**

Las teorías de enfermería guían el pensamiento y la acción de la práctica enfermera. Existen diferentes tipos de trabajos teóricos en la disciplina de enfermería, los que

incluyen las filosofías, modelos conceptuales y grandes teorías, teorías y teorías de enfermería de nivel medio, las cuales van desde el pensamiento abstracto (filosofía) al más específico (teoría de nivel medio). Una de las grandes teorías y modelos conceptuales corresponde a la desarrollada por Sor Callista Roy, en su Modelo de Adaptación se plantea una gran teoría donde la persona es considerada un sistema adaptable (10).

Las fuentes teóricas del modelo de adaptación de Callista Roy se sustentan principalmente en la teoría de adaptación de Harry Helson y la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y más tarde incluye la unidad y el significado de la creación del universo de Young (11). Es por ello que los principios filosóficos del modelo están relacionados con el humanismo, la *veritativity* y la unidad cósmica (12).

La *veritativity*, término acuñado por Roy, se define como principio de la naturaleza que afirma una finalidad común de la existencia humana, en la cual establece una fundamentación y apreciación de la realidad, cuyo significado radica en la unión del ser humano con la verdad infinita que es Dios (12).

Por su parte, la teoría de la adaptación de Helson establece que las respuestas de adaptación son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación y según Roy el estímulo es un factor que provoca respuesta (9).

Los estímulos pueden surgir tanto del entorno interno como el externo, por tanto el nivel de adaptación está compuesto por el efecto combinatorio de tres tipos de estímulos (9):

- Estímulos focales, que son los que se presentan ante un individuo.
- Estímulos contextuales, que son el resto de los estímulos presentes que contribuyen en el efecto de los estímulos focales.
- Estímulos residuales, factores del entorno cuyo efecto no queda muy claro en una situación determinada.

Con su trabajo, Helson desarrolló el concepto de la zona del nivel de adaptación, que determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa, y según su teoría, la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante cambios en el entorno (9). Con la teoría de adaptación de Helson como base, desarrollo y profundizó en la

revisión del modelo gracias a los conceptos y a otras teorías de Dohrenwend, Lazarus, y Selye, en la que se relacionan el concepto de afrontamiento y adaptación con el estrés (9).

Así la teoría de Roy establece que los seres humanos son seres adaptativos, con capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente, y cuyas respuestas están determinadas por los estímulos entrantes y el nivel de adaptación de la persona (5). Roy define adaptación “al proceso y al resultado por los que las personas que tienen capacidad de pensar y de sentir, como individuos o miembros de un grupo son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno”. Más que todo trata de que cada vida humana tiene una función en el universo y las personas no se pueden separar de su entorno (9).

Los supuestos sugeridos de las teorías de sistemas y los sugeridos de la teoría del nivel de adaptación se han unido en un mismo conjunto de supuestos científicos. Basándose en los supuestos sugeridos de las teorías de sistemas, los sistemas humanos de adaptación se observan como sistemas compuestos por partes interactivas que actúan al unísono para obtener cierto propósito. Los sistemas humanos de adaptación son complejos, con multifacetas, y reaccionan ante millones de estímulos procedentes del entorno para, así, conseguir adaptarse (9).

En su metaparadigma, Roy establece que el objetivo de las enfermeras es “mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad” (9).

El concepto de persona, Roy las define como sistemas holísticos y adaptables las cuales son el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia que ofrece la enfermera y un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos (relacionador y regulador) y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia) (9).

Por otro lado el concepto de salud lo define como “La salud es el estado y el proceso de ser y convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación entre la persona y el entorno”. “ La salud no consiste en liberarse de la muerte, enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino la capacidad de combatirlos del mejor modo posible” (9).

Por último según Roy, el entorno es el conjunto de “todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales”. “Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse” (9).

Por ende al relacionar estos conceptos la persona busca continuamente estímulos en su entorno y como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción puede ser eficaz o puede no serlo, en donde si las respuestas de adaptación son eficaces se fomentará la integridad y ayudaran a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno; Por el contrario si las respuestas son ineficaces no se conseguirán los objetivos de adaptación (9).

Posteriormente a través de este modelo teórico de adaptación, Roy busca explicar cómo ocurre este proceso de adaptación y porqué se produce, por tanto, desarrolla una teoría de nivel medio del proceso de afrontamiento y adaptación, con el propósito de explicar el subsistema cognitivo y de esta manera identificar la capacidad y estrategias que utiliza una persona para controlar y afrontar una situación difícil para promover su adaptación (11).

Sin duda, Roy, es la teorista de enfermería que más ha desarrollado y trabajado en el concepto de adaptación; ha especificado problemas, niveles y modos de adaptación a estímulos determinados a través de procesos de afrontamiento innato o adquirido en los seres humanos a los cuales considera como sistemas holísticos (13).

### **2.1.3 Modelo de adaptación Callista Roy**

Los modelos conceptuales en enfermería son esquemas mentales que muestran una visión particular del ejercicio profesional, sustentado en principios científicos y filosóficos. Por su complejidad, requieren ser analizados para comprender su significado y alcance para facilitar su aplicación en el cuidado de la persona. El Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy es uno de los que ha tenido mayor aceptación disciplinar, “presentado por primera vez en 1970, desde esa época ha mostrado un proceso permanente de expansión acorde con el desarrollo de la disciplina de enfermería” (4).

La salud y la enfermedad son dos conceptos que se contraponen día a día en la vida de las personas y que determinan su bienestar o malestar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades (14), siendo la enfermedad un desequilibrio en este estado que puede ser transitorio por el período de la enfermedad, o permanente cuando la enfermedad genera cambios significativos en la vida de las personas. Por lo tanto la enfermedad es interpretada con una situación adversa en la que la persona debe adaptarse a una nueva condición de salud enfrentando problemas físicos, psicológicos e incluso sociales, lo que influirá directamente en la manera de percibir, sentir y organizar su vida utilizando diferentes estrategias de afrontamiento donde haya avances y retrocesos (5).

En este contexto la adaptación y afrontamiento son fundamentales para la salud y el bienestar, y se constituye en las variables más importantes para comprender el efecto del estrés en la salud, siendo clave en el manejo de la enfermedad y en el mantenimiento y recuperación de la salud (15). Al existir una gran cantidad de enfermedades, muchas de ellas crónicas, la adaptación a una nueva situación de salud y las estrategias que utilizan las personas para afrontar la enfermedad es un tema relevante para estudiar.

Callista Roy, en su teoría de enfermería profundiza acerca de los “Procesos de Adaptación y afrontamiento” y en sus trabajos “describe las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales y así crear una integración humana ambiental” (5). Su modelo se basa en dos pilares teóricos la

adaptación y los sistemas humanos; la adaptación se refiere al “proceso y al resultado por los que, las personas que tienen la capacidad de pensar y sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su ambiente”; y los sistemas humanos es definido como el “conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes” (13).

Como sistema vital abierto, la persona recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma. Donde el nivel de adaptación esta compuesto por la combinación de tres tipos de estímulos: Estímulos focales que son aquellos que se presentan ante el individuo, los estímulos contextuales que son el resto de los estímulos que contribuyen a los focales, y los estímulos residuales que son los factores del entorno que no quedan claros en una situación determinada. Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno (9).

En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre si. El subsistema regulador que corresponde a los procesos primarios, funcionales o de control; y el subsistema relacionador que corresponde a los procesos secundarios y de efectos y que está compuesto por cuatro modos de adaptación: a) necesidades fisiológicas; b) autoestima; c) función del rol; d) interdependencia (9).

Roy considera que tanto el regulador como el relacionador son métodos de afrontamiento. El subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, “reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos”. El subsistema relacionador, gracias a los modos de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol, “reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones” (9).

Las reacciones ante los estímulos se llevan a cabo por medio de los modos de adaptación. El modo de adaptación fisiológico se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir sus necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse.

El modo de autoconcepto de grupo se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y como se debe actuar en la sociedad. El modo de adaptación de la función del rol describe los roles primario, secundario y terciario que desempeña el individuo en la sociedad. El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro. El modo de adaptación de la interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social (9).

A su vez los procesos de modos adaptativos se describen en tres niveles: a) Nivel de adaptación integrada, es aquel en que las estructuras y funciones de los procesos vitales trabajan para satisfacer necesidades; b) Nivel de adaptación compensatoria, el subsistema cognitivo y regulador se activan ante los desafíos de los procesos de la vida; c) Nivel de adaptación comprometida, es el resultado de la insuficiencia de los procesos vitales integrados y compensatorios; un problema de adaptación (6).



**Figura 1. Representación diagramática de los sistemas adaptativos humanos. (Roy C., Andrews H. [1999]. The Roy adaptation model [2ª ed.]. Upper River Saddle, NJ:Person Education, Inc.)**

La persona vista como un todo está compuesta por dos subsistemas y cuatro modos adaptación (figura 1) los que se relacionan entre sí para formar un complejo sistema cuyo propósito es la adaptación (9).

El modelo de adaptación de enfermería de Roy es tanto deductivo como inductivo. Es deductivo, puesto que la teoría de Roy deriva de la teoría psicofísica de Helson. Éste desarrolló los conceptos de los estímulos focales, contextuales y residuales, lo que Roy redefinió en el campo de la enfermería para formar así una tipología de los factores que están relacionados con los niveles de adaptación de las personas. Por otra parte la teoría de la adaptación de Roy es inductiva por el hecho de que la autora formuló los cuatro modos de adaptación a raíz de la investigación y de las experiencias que tanto ella como sus colaboradores y estudiantes tuvieron al practicar la profesión (9).

#### **2.1.4 Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy**

Callista Roy en el año 2004 desarrolló la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación: Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), con el propósito de llenar un vacío de conocimiento en la práctica sobre la valoración y comprensión del subsistema cognitivo y de esta manera identificar la forma como la persona utiliza sus habilidades para controlar las situaciones que le ocasionan estrés y promover su adaptación (15).

El instrumento original está conformado por 47 ítems agrupados en cinco factores y un formato Likert con cuatro criterios: 1= nunca, 2= rara vez, 3= casi siempre, 4= siempre; cada ítem es una frase corta de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil (5). Una consideración importante es que el afrontamiento en sí mismo es un indicador de cierto nivel de adaptación independiente de las respuestas que se deriven de la actuación, por lo tanto todas las personas afrontan y su respuesta frente a la situación parte de uno y no de cero. En relación a la puntuación el valor mínimo es de 47 y el máximo 188. Las personas con puntaje cerca de 188 tienen una alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación, por el contrario las personas cuyo puntaje se

acerca a 47 tienen baja capacidad de afrontamiento y adaptación (6).

El instrumento CAPS de 47 enunciados ha sido traducido en seis idiomas, utilizado en al menos 13 países en 4 continentes, y se le considera de alta utilidad. Sin embargo una de las preocupaciones advertidas por estudiosos a nivel global ha sido la carga del entrevistado por la extensión de la herramienta (6).

Por esta razón, Callista Roy en el año 2016 realizó un proyecto con el objetivo de disminuir la extensión de la Escala CAPS manteniendo, el buen enfoque del modelo, una adecuada cobertura de contenidos de todos los dominios de la teoría de rango medio del Proceso de Afrontamiento y Adaptación y un equivalente métrico transversal a dos grupos étnicos. Con la versión abreviada de CAPS, se espera que este nuevo instrumento ayude a reducir la carga para el entrevistado e incrementar la posibilidad de generalización de la medición para diversas poblaciones (6).

La versión abreviada de esta escala, denominada “Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS) Short Form” (anexo 1) cuenta con 15 ítems y su patrón de respuesta es de cuatro puntos al igual que la escala de 47 ítems. Cabe destacar que de los 15 ítems, tres de ellos tienen un puntaje inverso (ítem 5, 13 y 14), y el rango posible de valores es de 60 a 15 en que la puntuación más alta indica un uso más consistente de las estrategias de afrontamiento identificadas (6).

En cuanto a los usos de la Escala CAPS, se ha aplicado para medir a un mismo grupo de participantes antes y luego de una intervención para luego realizar un análisis estadísticos e identificar las diferencias existentes, también se ha aplicado para comparar dos grupos de los cuales se espera que difieran en procesos de afrontamiento y adaptación. González Y. en su tesis doctoral realizada en la Universidad de Colombia en el año 2007 evaluó como influía un grupo de apoyo en la capacidad de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica, identificando las diferencias mencionadas. Otro de sus usos es en la realización de un examen previo en la selección de participantes que puedan poseer una baja capacidad de afrontamiento, de esta forma identificar áreas de debilidad y diseñar intervenciones que refuercen el afrontamiento en estas áreas. El CAPS también se puede emplear como co-variante en un estudio de otras

variables de interés como la transición luego de un alta hospitalaria en un estudio enfocado en la preparación para el alta (6).

En la presente investigación se utilizó el instrumento CAPS versión abreviada (anexo 1), el cual se sometió a un proceso de validación para luego ser aplicado en población chilena con enfermedades crónicas en la V región.

### **2.1.5 Etapas Validación de Instrumento.**

Para la validación del instrumento formulado por la teórica Callista Roy se llevarán a cabo dos etapas. La primera etapa corresponde a la adaptación cultural del instrumento y la segunda etapa a la validación y confiabilidad propiamente tal, evaluando sus propiedades psicométricas.

#### **2.1.5.1 Adaptación transcultural de un instrumento**

La multiculturalidad en conjunto con el acceso a nuevas fuentes de información, como el internet, ha abierto nuevas puertas para el desarrollo de estudios internacionales y el conocimiento de los mismos a través de la red. Esto requiere tener accesible instrumentos de evaluación que estén adaptados culturalmente en los distintos países (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda desarrollar y utilizar indicadores de la salud estandarizados. En concreto exige a la investigación multicéntrica internacional tener instrumentos validados en el ámbito de la salud para poder realizar estudios comparativos a nivel internacional (7).

Si imaginamos un investigador que se encuentra aplicando un cuestionario británico a una muestra de peatones alemanes y en el cuestionario se pregunta sobre la costumbre de “mirar a la derecha” antes de cruzar la calle doble sentido de circulación. Es probable que se detecte una carencia en la formación vial de los peatones alemanes, ya que éstos no miran a la derecha cuando cruzan. Por lo que este resultado estará más bien relacionado con una inadecuada adaptación cultural del cuestionario porque en Alemania se circula por la derecha y, por tanto, “se mira a la izquierda” antes de cruzar (16). De ahí la importancia de realizar una adecuada traducción del instrumento previo a la validación

del mismo, evitando interpretaciones erróneas que puedan generar falsos diagnósticos y resultados.

El proceso de traducción es clave para asegurar la validez de un instrumento en distintas culturas, es por ello que debe ser un proceso riguroso con una metodología adecuada (7). No existe una guía estándar para realizar el proceso de adaptación transcultural a otro idioma y la mayoría de los estudios realizados de traducción y adaptación de instrumentos utilizan diferentes métodos. Sin embargo en la literatura existe un consenso sobre como abordar esta primera etapa recomendándose la secuencia de cinco pasos: traducción directa, síntesis de traducciones, traducción inversa, consolidación comité de expertos, pre-test (Figura 2) (16). En esta investigación se realizaron cuatro de los cinco pasos recomendados los que se detallan a continuación:

**a) Traducción directa:** Es aquella en que se realiza una traducción conceptual del instrumento, deben participar, al menos, dos traductores bilingües independientes cuya lengua materna sea el idioma de destino (16).

Uno de los traductores deberá conocer los objetivos y conceptos considerados en el instrumento, y tendrá experiencia previa en la traducción técnica de textos. El otro u otros traductores no tendrán conocimientos previos sobre el instrumento y desconocerán el objetivo del estudio. Todo el instrumento, incluyendo las instrucciones de los ítems y las opciones de respuesta, se traducirá utilizando este método (16).

**b) Síntesis de traducciones:** Las traducciones serán comparadas por el investigador. Se identificarán y se discutirán las discrepancias entre las versiones traducidas hasta alcanzar el consenso y finalmente se realizará un análisis del que se desprende una única traducción que será la versión de síntesis del idioma original (16).

**c) Traducción inversa (retro traducción):** La versión de síntesis será retro traducida al idioma original, al menos por dos traductores profesionales bilingües cuya lengua materna sea la del instrumento original. Los traductores trabajarán de manera independiente, y no conocerán la versión original del instrumento, no tendrán conocimientos previos sobre el tema y desconocerán los objetivos del estudio (16).

Los traductores deberán subrayar las redacciones difíciles y las dudas encontradas durante el proceso de traducción en caso que existan. Se determinará si la traducción ha dado lugar a diferencias semánticas o conceptuales importantes entre el instrumento original y la versión de síntesis. Todo lo anterior se recopilará en un informe (16).

**d) Pre-test (aplicabilidad/viabilidad):** Su realización permitirá evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural y la aplicabilidad o viabilidad del instrumento. Asimismo permitirá calcular si el tiempo de cumplimiento se encuentra dentro de límites razonables (16).

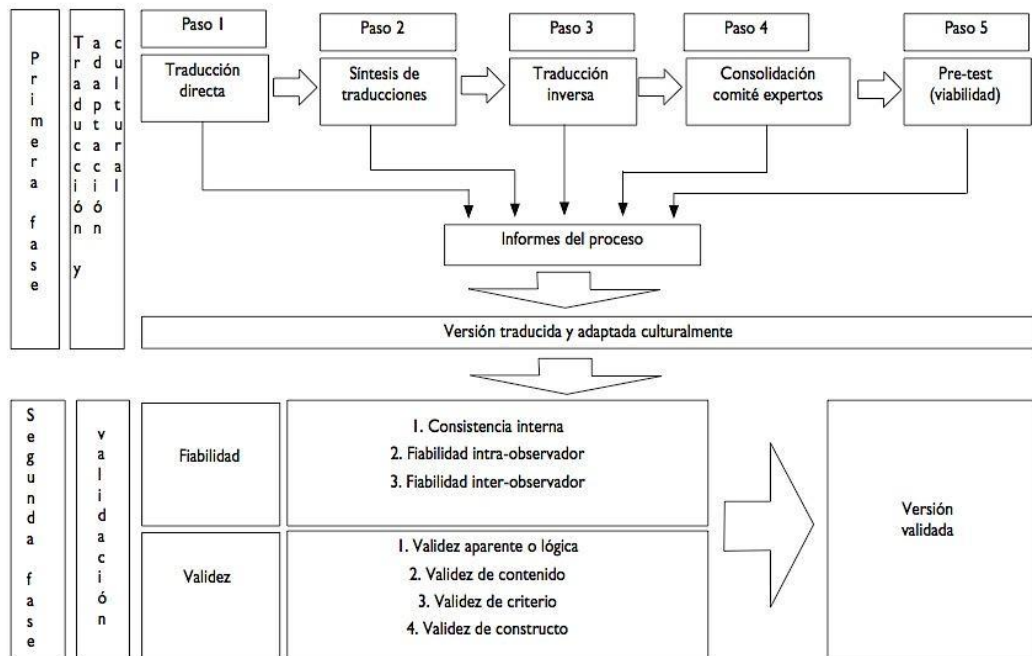
Para ello se selecciona una muestra a la que se aplicará el instrumento. Beaton en su revisión bibliográfica de adaptaciones culturales propone incluir una muestra de 30-40 participantes. Se recomienda la realización del pre-test con participantes de distintos niveles educativos y, si se trata de cuestionarios completados por los participantes, éstos deberán saber leer y comprender lo leído (16).

Para seleccionar la muestra, es importante definir los criterios de inclusión y exclusión, así como el modo en que serán reclutados los participantes. Además de cada participante se recopilarán datos, al menos, sobre sus características sociodemográficas, nivel educativo y ocupación (16).

Se solicitará a los participantes que completen la versión consolidada y, mediante una entrevista, se le invitará a comentar cualquier aspecto que haya resultado difícil de entender (16).

Al final, se realizará un resumen donde se identificarán las posibles dificultades en la comprensión de las instrucciones del cuestionario, las preguntas y las opciones de respuesta. Se recomienda la revisión de cualquier pregunta del cuestionario si al menos el 15% de los participantes encuentran dificultades en la misma (16).

En la siguiente figura se muestran los cuatro pasos aplicados en la presente investigación.



**Figura 1. Proceso de traducción, adaptación cultural y validación. (Ramada JM, Serra C, Declós G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Salud pública Méx. 2013 feb. 55 (1): 57-66)**

### 2.1.5.2 Validación de instrumento

La validez es la capacidad que tiene el instrumento de medir aquel constructo para el que ha sido diseñado, es decir mide lo que debería medir. Las dos características métricas esenciales para valorar la precisión de un instrumento son la validez y la confiabilidad o fiabilidad. Puede evaluarse para todas o algunas de sus dimensiones: Confiabilidad, validez de contenido, de criterio y de constructo, donde cada una de ellas proporciona evidencia a la validación global del instrumento (7).

a) **Validez de Contenido:** Evalúa de manera cualitativa si el instrumento abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir, ya que se considera que es válido en su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto que mide. Su evaluación consiste en valorar si los ítems del instrumento son una muestra representativa de aquello que se quiere medir, se trata de una evaluación empírica, basada en juicios de diferente procedencia (16). Hay que considerar que, la validez de contenido no puede expresarse cuantitativamente es más bien una cuestión de juicio, se estima de manera subjetiva o intersubjetiva empleando, usualmente, el denominado “Juicio de expertos”, se recurre a ella para conocer la probabilidad de error probable en la configuración del instrumento. Los juicios de expertos se puede realizar por medio de métodos grupales o por métodos de experto único. Se pueden seguir, entre otros, el método de agregados individuales, el método Delphi, la técnica de grupo Nominal y el método de Consenso Grupal (17).

En la presente investigación utilizó el método de agregados individuales en que se solicitó individualmente a cada experto que dé una estimación directa de los ítems del instrumento, por lo que no se exige que se reúna a los expertos en un lugar determinado. Puede parecer un método limitado porque los expertos no pueden intercambiar sus opiniones, puntos de vista y experiencia, ya que se les requiere individualmente; no obstante, esta limitación puede ser precisamente lo que se esté buscando para evitar los sesgos de los datos ocasionados por conflictos interpersonales, presiones entre expertos, etc (17).

Se procede de la siguiente manera: Se seleccionan al menos tres expertos o jueces, para juzgar de manera independiente la relevancia y congruencia de los ítems con el contenido teórico, la claridad en la redacción y el sesgo o tendenciosidad en la formulación de los ítems, es decir, si sugieren o no una respuesta. Cada experto debe recibir la información escrita suficiente sobre el propósito de la prueba y el instrumento objeto de la validación (17); posteriormente se recogen y analizan los instrumentos de validación y se decide:

- Los ítems que tienen un 100% de coincidencia favorable entre los jueces quedan incluidos en el instrumento.
- Los ítems que tengan 100% de coincidencia desfavorable entre los jueces quedan excluidos del instrumento.
- Los ítems que tengan una coincidencia parcial entre los jueces deben ser revisados, reformulados o sustituidos, si es necesario, y nuevamente validados.

**b) Validez de Criterio:** Es el grado de correlación entre un instrumento u otra medida de la variable en estudio que sirve de criterio o de referencia. Cuando hay una medida de criterio aceptado por investigadores del campo se le llama “Gold estándar” o regla de oro y los nuevos instrumentos que miden el mismo concepto se comparan con esa medida. Sin embargo, cuando no existen medidas previas que puedan considerarse como medida estándar, la validez de criterio se mide buscando otro instrumento que sirva de medida comparable. Este instrumento debe estar validado en el idioma que se está validando el nuevo instrumento (7).

Este proceso de validación presenta dos modalidades por las cuales se puede llevar efecto la validez concurrente y la validez predictiva. Si la validación que se quiere realizar es con respecto a un instrumento específico y se aplica al mismo tiempo que el instrumento en proceso de validación, se conoce como validez concurrente y trata principalmente de encontrar instrumentos que sean conocidos y que tengan el objetivo de medir el mismo constructo o uno similar que el

utilizado en el instrumento que se validará y es la que se utilizará en la presente investigación. Por otra parte la validez predictiva es el proceso que determina la validez de un instrumento a partir de los resultados obtenidos una vez efectuado aquello que se quiere cuantificar (18).

Para medir el nivel de correlación de dos variables cuantitativas existen variadas herramientas estadísticas, las más universalmente utilizadas corresponden al coeficiente de correlación Lineal de Pearson y Spearman (18).

Los coeficientes de correlación miden el grado de asociación entre dos cantidades, pero no mira el nivel de acuerdo o concordancia y no debe utilizarse para comparar dos métodos que intentan medir el mismo evento (19).

El Coeficiente de correlación de Spearman corresponde a una medida de asociación lineal de dos variables. Es una medida no paramétrica y su valor es equivalente al Coeficiente de Pearson, es decir oscila entre -1,00 y +1,00 (18). Es recomendable utilizarlo cuando los datos presentan valores extremos, ya que dichos valores afectan mucho el coeficiente de correlación de Pearson, o ante distribuciones no normales (19).

En relación a la interpretación de los valores obtenidos a partir de los coeficientes de correlación, existen diversos autores que expresan escalas de interpretación, entre ellas la siguiente (19):

#### Rango de Relación

- 0 – 0,25: Escasa o nula.
- 0,26-0,50: Débil.
- 0,51- 0,75: Entre moderada y fuerte.
- 0,76- 1,00: Entre fuerte y perfecta.

Por tanto la interpretación concuerda en que los valores próximos a +1 indican una correlación fuerte y positiva, valores próximos a -1 indica una correlación fuerte negativa y valores próximos a cero indican que no hay correlación lineal en la cual se puede estimar el efecto de una variable sobre otra. Los signos positivos

o negativos solo indican la dirección de la relación; un signo negativo indica que una variable aumenta a medida que la otra disminuye o viceversa, y uno positivo que una variable aumenta conforme la otra también lo haga disminuye, si la otra también lo hace (19).

Si bien ambos coeficientes, tanto Spearman como Pearson, arrojan resultados similares, su diferencia radica en el cumplimiento del supuesto de normalidad el que se determina a través de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, que corresponde a una prueba no paramétrica que determina si un conjunto de datos se distribuye según alguna distribución teórica conocida, si el nivel de significación indica un valor menor 0,05 la distribución no es normal y si es mayor a 0,05 la distribución es normal. En el caso de que la distribución no sea normal indica que se debe determinar la correlación con una medida no paramétricas como el Coeficiente de Spearman, por el contrario si la distribución es normal se debe utilizar una medida paramétricas como el Coeficiente de Pearson. (18, 20).

**c) Validez de Constructo:** Es el grado en que las mediciones que resulten de las respuestas del instrumento puedan considerarse como una medición del fenómeno estudiado (16), esta validez determina la relación del instrumento con la teoría y la conceptualización teórica, por tanto, permite determinar si los ítems del instrumento reflejan efectivamente el constructo o variable latente que se quiere medir, y si las dimensiones del instrumento explican la variabilidad total del dominio (21).

La validez de constructo se puede verificar mediante estudios de validez convergente-divergente, de validez discriminante y de análisis factorial. En la presente investigación se utilizó el método de análisis factorial.

El análisis factorial, es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comunes llamados factores. Esta técnica se utiliza para distinguir las dimensiones subyacentes que establecen las relaciones entre los ítems del instrumento (7). Así

entendido, el análisis factorial consiste en un sistema de ecuaciones de regresión (una ecuación para cada variable observable) en el que los regresores (factores), son comunes para un subconjunto (factores comunes) o para todo el conjunto (factores generales) de variables (22).

$$X_j = \mu_j + \lambda_{j1}f_1 + \lambda_{j2}f_2 + \dots + \lambda_{jm}f_m + e_j \quad \text{con } j = 1,2,3,\dots,k$$

**Figura 2. Fórmula análisis factorial.**

Donde  $X_j$  corresponde a las  $k$  variables que son objeto de estudio (para el caso de la validación de constructo éstas corresponderían a los indicadores del instrumento),  $\mu_j$  corresponden a los factores únicos o específicos,  $\lambda_{ji}$  corresponden a los coeficientes de la ecuación de regresión que en el caso del análisis factorial se le denominan cargas factoriales (en el caso de esta investigación, se entienden como el *peso* del indicador en el constructo o factor determinado),  $f_i$  con  $i = 1,2,3,\dots,m$  corresponden a los factores comunes del modelo (para este trabajo se interpretarían como los constructos medidos por los indicadores), y  $e_j$  representa el error asociado al modelo. Los supuestos del modelo son que  $E(f_n) = 0$  y  $V(f_n) = 1$ , los factores específicos ( $\mu_j$ ) tienen media cero y están no correlacionados, y que ambos tipos de factores también están no correlacionados entre sí (22).

Existen dos tipos de análisis factorial: el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio. El análisis factorial exploratorio se utiliza cuando no se conocen previamente los factores definitorios de las variables, por lo tanto el investigador analiza un conjunto de datos sin tener ninguna hipótesis previa acerca de su estructura, esperando que los resultados del análisis proporcionen información al respecto y fue el seleccionado en la presente investigación (7, 23).

El análisis factorial confirmatorio se refiere cuando se parte de factores definidos “a priori” y se comprueba la adecuación de los mismos al constructo teórico, por lo tanto el investigador debe concretar de antemano todos los aspectos relevantes del modelo, los que deben estar sólidamente fundamentados en la teoría. Así, debe plantear hipótesis específicas con anterioridad al análisis, las cuales se ponen a prueba evaluando el ajuste a un modelo apropiado (7, 23).

Para realizar este tipo de validación es necesario que exista correlación entre las variables del instrumento, donde las variables del instrumento corresponderán a los ítems del mismo. Para ello se debe elaborar una matriz de correlaciones, en donde se ubicaran las correlaciones entre todas las variables consideradas. Es muy conveniente solicitar una serie de pruebas conexas (test) que indicarán si es pertinente, desde el punto de vista estadístico, realizar el análisis factorial. Entre las principales pruebas se encuentran: El determinante de la matriz de correlaciones, el test de Esfericidad de Bartlett, el índice Kaiser- Meyer- Olkin, el coeficiente de correlación parcial, el coeficiente de correlación anti-imagen y la diagonal de la matriz de correlación anti-imagen (22).

A continuación se describirán las pruebas que fueron utilizadas en la presente investigación:

- Test de esfericidad de Bartlett: indica si existe correlación entre las variables, se utiliza para probar la hipótesis nula que afirma que las variables no están correlacionadas; se considera adecuado con un nivel de significación menor de 0,05, con lo que se rechaza la hipótesis nula y se continua con el análisis factorial (7, 22).
- Índice Kaiser- Meyer- Olkin: indica el grado de intercorrelación de las variables; su rango de valores es de 0 a 1, y, cuanto más alto es el valor, más substancialmente relacionadas entre ellas están las variables. Como criterio de referencia Kaiser, Meyer y Olkin aconsejan que si el valor del índice es mayor o igual a 0,75 la idea de realizar un análisis factorial es buena, si es mayor o

igual a 0,5 y menor a 0,75 la idea es aceptable y si es menor a 0,5 es inaceptable (7, 22).

Posteriormente se debe realizar la extracción de los factores principales de la matriz de correlación, cuyos procedimientos son el análisis de factores comunes y el análisis de componentes principales. Sin embargo el más utilizado es el análisis de componentes principales, este procedimiento busca el factor que explique la mayor cantidad de la varianza en la matriz de correlación y se recomienda utilizar cuando las variables son unas 20 o menos (22, 23).

En un siguiente paso se debe evaluar el ajuste del modelo respecto al número de factores y la relación variable- factor. Para determinar el número de factores existe una variedad de criterios y procedimientos, pero el más utilizado es la Regla de Kaiser que sostiene que el número de factores relevantes es el número de valores propios mayores a 1 que tiene la matriz de correlación original (23).

Respecto a la relación variable- factor, los pesos o cargas de las variables que definen un factor son y se interpretan como coeficientes de correlación de cada variable con cada factor. Aunque se podría valorar estos coeficientes como cualquier otro coeficiente de correlación, se debe tener en cuenta que estos coeficientes tienen unos errores típicos mayores que los coeficientes normales, por lo que se deben valorar con criterios más estrictos. Si bien no hay un valor óptimo de referencia se sugiere considerar aquellas variables cuya correlación con el factor sea, en valor absoluto a 0,4 (23).

Debido a que con frecuencia es difícil interpretar los factores iniciales, se realiza la rotación de la extracción inicial con la finalidad de lograr una solución que facilite la interpretación. Hay dos sistemas básicos de rotación de factores: los métodos de rotación ortogonales y los no ortogonales. Los métodos ortogonales incluyen la rotación varimax, quarimax y equamax, siendo la mayormente utilizada la rotación varimax. Este tipo de método ortogonal permite mantener la independencia entre los factores rotados (22).

La rotación varimax permite obtener resultados más claros, puesto que este método aproxima las cargas altas a 1 o -1 y las cargas bajas de la matriz no rotada a 0, eliminando de esta forma, las ambigüedades existentes en la matriz no rotada (22).

**d) Confiabilidad o fiabilidad:** Es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones. Por tanto evalúa el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir. Un instrumento es fiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares (7).

La confiabilidad se mide en grados y se expresa en forma de coeficiente de correlación que indica la fuerza de la asociación, su valor varía entre 0 y 1, un valor de 0 indica que no existe correlación, mientras que un valor cercano a 1 indica una correlación perfecta. Se puede estimar por cuatro medios: la estabilidad, la equivalencia, la armonía inter-jueces y la consistencia interna. Uno de los métodos más utilizados para medir la confiabilidad de los instrumentos es la consistencia interna, la cual mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos. Hay varias técnicas para medirla como son la confiabilidad mitad y mitad, la técnica de Kuder- Richardson y el alfa de Cronbach que es uno de los más utilizados (7).

En este sentido, el Coeficiente Alfa de Cronbach, es el indicador más ampliamente utilizado para este tipo de análisis. Este coeficiente determina la consistencia interna de un instrumento analizando la correlación media de una variable con todas las demás que integran dicha escala. Toma valores entre 0 y 1, aunque también puede mostrar valores negativos (lo que indicaría que en la escala hay ítems que miden lo opuesto al resto), cuanto más se acerque el coeficiente a uno, mayor será la consistencia interna de los indicadores en la escala evaluada (24). El coeficiente de fiabilidad se calcula de la siguiente manera:

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

**Figura 3. Ecuación cálculo coeficiente de confiabilidad.**

Donde  $k$  es el número de ítems del instrumento,  $S_i^2$  es la varianza de los ítems, y  $S_{sum}^2$  es la varianza de la prueba total. El coeficiente alfa mide la fiabilidad del test en función de dos términos: el número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems. Aunque no existe un acuerdo generalizado sobre cuál es el límite que demarca cuando una escala puede ser considerada como fiable o no; según Hernández R. si el alfa de Cronbach es de 0,25 muestra una baja confiabilidad; si el resultado es 0,5 la confiabilidad es media o regular. En cambio, si supera el 0,75 es aceptable, y si es mayor a 0,90 es elevada (25).

## 2.2 MARCO EMPÍRICO

### 2.2.1 Perfil población chilena.

Conocer el perfil epidemiológico y socio demográfico de una población es fundamental para poder entender los resultados de una investigación. En el aspecto sociodemográfico, Chile en las últimas décadas ha vivido un cambio radical en el perfil de su población, según el Departamento de estadística e información de salud (DEIS), en el año 2015 la población chilena proyectada estimada al 2020 correspondía a 18.896.684 personas, concentrándose principalmente en los grupos etarios entre 15 a 80 años y más, con un total estimado dentro de este rango etario de 14.702.144 personas (26).

Este cambio en el perfil socio demográfico ha tenido sus efectos en el perfil epidemiológico, según los datos estimativos proyectados al año 2015 la mortalidad general corresponde a un 5.7% por 1000 habitantes, de lo cual el 69% de las defunciones se concentra en 4 grupos de causas de muerte: enfermedades del sistema circulatorio (27.1%), tumores malignos (25%), enfermedades del sistema respiratorio (9,5%) y causas externas de morbilidad y mortalidad (7.5%) (27).

Esto se condice con el aumento de las enfermedades cardiovasculares, según los datos publicados en relación a las personas bajo control según patología y factores de riesgo asociados, se estiman un total de 1.776.861 hipertensos, 997.899 dislipidémicos y 780.295 diabéticos cuyas cifras van en ascenso (27). Por tanto existe claridad de cual es el perfil epidemiológico predominante en la población chilena y que este grupo continuará aumentando, pero se desconoce como se ha adaptado este grupo a su nueva condición y a vivir con una enfermedad crónica. Para resolver esta duda se debe contar con un instrumento válido y confiable que permita medir el nivel de adaptación en la población chilena, y de esta manera guiar los esfuerzos sanitarios en lograr que la población presente un elevado nivel de adaptación.

### **2.2.2 Enfermedades crónicas no transmisibles**

En las últimas décadas ha existido un cambio en la salud de la población mundial, incrementándose de manera rápida y desproporcionada enfermedades, tales como, las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), las que incluyen un número importante de enfermedades como patologías cardiovasculares, accidentes cerebro vasculares, la mayoría de las formas clínicas del cáncer, trastornos metabólicos y enfermedades respiratorias y pulmonares, enfermedades osteoarticulares y renales (28).

El aumento de las ECNT esta dado principalmente por los avances en la intervenciones terapéuticas que han permitido una mayor tasa de sobrevida, permaneciendo la enfermedad en el tiempo y obligando a las personas a vivir con ésta, requiriendo entonces que los pacientes deban adaptarse a la enfermedad y a los factores psicológicos y sociales que la rodean (29).

Las ECNT, según la Organización Mundial de Salud (OMS), se definen como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (30). Así mismo Hanson y Gluckman las definen como aquellas enfermedades que no se resuelven espontáneamente, que conllevan cambios mayores en amplios aspectos de la vida de una persona y alteran las rutinas y actividades cotidianas, lo cual a su vez implica ajuste y apoyo a nivel familiar, social y laboral (28).

En casi todos los países de América Latina y el Caribe, las transformaciones sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas de las últimas décadas han contribuido a un importante aumento las ECNT (31). Chile, no ha estado ajeno a esta situación y muestra en la actualidad un perfil epidemiológico semejante al de países con mayor desarrollo, con un predominio de ECNT (32).

En nuestro país diversos estudios han puesto en evidencia la alta prevalencia de las ECNT y sus factores de riesgo en la población general adulta (32). Entre ellos destaca el Estudio CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no transmisibles) (33), la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud del Ministerio de Salud y la Encuesta Nacional de Salud, realizada por la Pontificia Universidad Católica (32).

Estas enfermedades determinan un alto costo personal, familiar y social, y son responsables de significativas pérdidas económicas relacionadas al costo directo de cuidados médicos, así como el costo indirecto derivado de la pérdida de productividad (32). Además generan cambios tanto en el sistema familiar, estilo de vida, autoestima, reacciones emocionales y ansiedad, el dolor y el compromiso con el tratamiento (28).

En relación a los cambios en el estilo de vida, alteran las actividades cotidianas, el funcionamiento del sistema familiar y económico, los hábitos alimenticios, los espacios de ocio y recreación y el trabajo, entre otras. En cuanto a la autoestima la cronicidad de las enfermedades producen cambios en la percepción de la autoestima, disminución de la satisfacción marital, cambios en el estado de ánimo e irritabilidad. Al igual que existe evidencia de la presencia de estados emocionales como la depresión y ansiedad, la presencia de dicho trastorno disminuye la motivación, la concentración y la energía para

llevar a cabo, de forma consistente, las tareas de autocuidado, tales como la toma de medicación, el auto monitoreo y la actividad física; y esto a su vez aumenta el riesgo de presentar condiciones físicas negativas y discapacidad (28).

Debido al aumento de la tasa de sobrevida estas enfermedades permanecen en el tiempo, obligando a las personas a vivir con ellas, requiriendo entonces que se adapten a la enfermedad y a los factores psicológicos y sociales que la rodean. El estilo de afrontamiento ha sido considerado como un factor mediador importante con relación a la adaptación a la enfermedad o vinculado a resultados físicos y psicológicos en salud, existiendo un relativo acuerdo de que existiría una asociación entre enfermedad y estilo de afrontamiento (29). Roy, por su parte reconoce que el afrontamiento constituye una variable crucial para comprender el efecto del estrés sobre la salud y la enfermedad (8).

Se ha reportado que las personas que padecen ECNT desarrollan estrategias de afrontamiento como el automanejo y la autorregulación, que les permiten tener control sobre los síntomas, los tratamientos y las consecuencias físicas y psicosociales; así como realizar los ajustes necesarios a su estilo de vida de modo que puedan mantener una calidad de vida satisfactoria (28).

Un ejemplo son las personas con cáncer, puesto que esta enfermedad al ser un hecho vital no normativo causa estrés emocional, por ende ellos deben afrontar grandes cambios emocionales, conductuales y sociales, lo que puede llevar a modificaciones en su rol familiar y comunitario. Considerando lo anterior, algunos autores han estudiado la influencia en los aspectos psicosociales y la respuesta a los tratamientos médicos. Una explicación a estos hallazgos es que la adaptación previene la aparición de trastornos mentales y disminuye el estrés emocional, proveyendo a las personas de recursos que les permiten afrontar la enfermedad y las consecuencias de sus tratamientos (34).

Situación similar sucede en las personas ostomizadas, Martín B et al. en su estudio “El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas” concluye lo siguiente: “Frente al estoma, los pacientes son capaces de combinar un número muy variado de estrategias de afrontamiento. Los comportamientos centrados en las emociones permiten disminuir la angustia pero utilizados aisladamente no pueden considerarse eficaces. Las

estrategias dirigidas a la solución de problemas resultan imprescindibles para lograr la autonomía del paciente intuyéndose una buena adaptación sociofamiliar. La armonía se consigue cuando las estrategias dirigidas a las emociones complementan a estas últimas” (35).

En las personas diabéticas en el estudio realizado por Lazcano M y Salazar B “Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” identificaron que el estrés percibido influye negativamente sobre las estrategias afrontamiento, puesto que el estrés como estímulo contextual afecta el proceso cognitivo de adaptación, en este caso de la persona con diabetes a través de las conductas cognitivas, además se identificó por medio de este estudio que también influye negativamente en la adaptación psicosocial, lo que sugiere que puede influir en las relaciones laborales, familiares, sexuales y sociales (36). En pacientes con insuficiencia renal crónica, tanto el afrontamiento, las redes de apoyo social y el funcionamiento familiar son mecanismos que interviene en la regulación y adaptación en la enfermedad renal y facilitan el ajuste psicológico de las personas. Lo cual es particularmente importante en los pacientes sometidos a hemodiálisis, quienes a diferencia de los pacientes en diálisis peritoneal, perciben un estado de salud y bienestar más deteriorado, un mayor detrimento en la calidad de vida y hacen un uso inadecuado de las estrategias de afrontamiento (37).

En este contexto la práctica de enfermería observa estas diferentes respuestas, ya sean positivas o negativas de las personas y sus familias frente a estas enfermedades crónicas degenerativas (8), por tanto las enfermeras/os deben brindar estrategias de afrontamiento con el objeto de lograr un adecuado nivel de adaptación a su nueva situación de salud.

La aplicación del Modelo de adaptación de Roy es una de las herramientas útiles para que la disciplina de enfermería logre la adaptación en los cuatro modos de adaptación en la salud y enfermedad de una persona. En donde las intervenciones se enfocan en el hecho de controlar los estímulos al eliminarlos, aumentarlos, disminuirlos o alterarlos (9). Sin embargo para que esta intervención tenga un efecto importante en la población, se debe en una primera etapa medir el nivel de adaptación de las personas en aquellas

enfermedades prevalentes como son las ECNT, y esta medición se debe realizar con instrumentos validos y confiables.

La Escala de Adaptación y Afrontamiento creada por la teorista de Enfermería Callista Roy, es uno de los instrumentos que permiten medir el nivel adaptación, sin embargo no se encuentra validado en Chile. A lo largo de los años las enfermeras en diferentes países alrededor del mundo se han motivado en su aplicación, entre ellas enfermeras latinoamericanas, como se evidencia en las investigaciones publicadas en revistas de enfermería. De esta manera, se identifica que el modelo de Callista Roy se ha utilizado en distintos escenarios tanto clínicos (en servicios de pediatría, neurología, cardiología entre otros) y comunitarios (personas mayores con hipertensión, diabetes mellitus) (13).

### **2.2.3 Adaptación y afrontamiento su relación con el apoyo social.**

El apoyo social hace referencia al conjunto de aportes que se reciben de las relaciones establecidas con otros (familia, amigos, pareja, vecinos, instituciones, comunidad, etc.) Por sus características, el apoyo social es reconocido como un factor determinante en la salud de los individuos (38); y al igual que el afrontamiento es clave para el manejo de la enfermedad, el mantenimiento de la salud o bien la recuperación (8).

El concepto de adaptación y afrontamiento se encuentran íntimamente relacionado con otros conceptos externos como es el apoyo social. Las redes de apoyo social juegan un importante papel al proteger a la persona del estrés generado por la enfermedad y lo capacita para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento (39).

Roy en su trabajo *Introduction to Nursing: An Adaptation Model*, trató de los modos de adaptación del autoconcepto y de la identificación con un grupo social, incluyendo teorías de interacción social que aportaron a la base teórica (9).

Los trabajos realizados desde distintas áreas, clínica, comunitaria, y de psicología de la salud comparten un acuerdo común respecto a la existencia de relaciones entre el apoyo social, afrontamiento y adaptación. Sin embargo, no está claro a través de que mecanismos, interpersonal e intrapersonales se establecen estas relaciones. Un mecanismo por el que el apoyo social puede promover la adaptación de la persona es a

través de su impacto sobre los procesos de afrontamiento. El interés que un sujeto puede tener en recibir el apoyo social incluye la necesidad de aclaración o reafirmación de lo que esta ocurriéndole. Así pues, la información o consejo de ciertas personas significativas para la persona, puede influir directamente sobre la evaluación que éste hace de la situación estresante, y finalmente, sobre el tipo de estrategias que utilizará. De modo indirecto, el apoyo emocional que ofrecen también puede incrementar su autoestima y su sensación de control facilitando la puesta en marcha de sus estrategias de afrontamiento. De este modo, las distintas formas de apoyo que pueden prestar los miembros de la red social, provocarán diferentes efectos sobre los procesos de afrontamiento de las personas (40).

Sumado a esto existe evidencia en diversos estudios de investigación que establecen la relación entre estos dos conceptos, tanto en pacientes que padecen cáncer, enfermedades crónicas y dolor crónico no maligno (34, 38, 41).

#### **2.2.4 Importancia de la Investigación en enfermería y Validación de Instrumentos.**

La disciplina de enfermería se orienta en generar conocimiento a través de la investigación con el fin de respaldarse teóricamente para construir su práctica y lograr el objetivo disciplinar de dar cuidado (42). La investigación en enfermería se puede definir como un “proceso científico que valida y mejora el conocimiento existente y genera nuevo conocimiento que influye en la práctica enfermera directa o indirectamente” (1).

A través de la historia la enfermería, los conocimientos en esta disciplina se han adquirido y transmitido de diversas formas, ya sea a través de la tradición y autoridad, ensayo-error, experiencia personal e intuición, modelado de roles y razonamiento lógico. Sin embargo, pese a que estas formas han contribuido de gran manera a la investigación, son inadecuadas para proporcionar una base de conocimiento científico enfermero (1)”.

Si bien la incorporación de los estudios de Enfermería a las Universidades y la importante evolución que ha experimentado la profesión han aportado, no es suficiente y se hace imprescindible estudiar, investigar y utilizar los hallazgos de la investigación en la experiencia profesional, ya que la integración de la investigación en la disciplina

garantiza una mejor y más rápida implementación de los avances científicos (1). Es por ello que cada vez es más necesario disponer de instrumentos de medida en el ámbito de la salud que se puedan utilizar en la práctica clínica e investigación (7).

Tradicionalmente la medición del estado de salud de los individuos se ha hecho desde la perspectiva biomédica del proceso salud- enfermedad, sin embargo teniendo en cuenta la definición de “Salud” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, tal abordaje es insuficiente, dado que no considera la multi-dimensionalidad de la salud-enfermedad (43). En el proceso complejo de valorar el estado de salud o enfermedad la enfermera(o) pone a prueba su formación y experiencia. Puesto que la práctica clínica individual no exige el uso de escalas, su utilización no es un proceso automático ni está exento de dificultades en su práctica (7).

En el área de la salud existen muchos instrumentos de medición que caben en el concepto de escala. Puesto que dada la complejidad de los fenómenos que se tienen que medir (actitudes, creencias, comportamientos, adaptación, autonomía, ajuste social etc.) (44). Las escalas de medición sirven para cuantificar y se utilizan frecuentemente en la investigación y en la clínica, se encuentran en todas partes, incluyendo internet ya sean validadas o no, o de autor existente o inexistente, por lo cual, antes de aplicarlas es importante tener pruebas válidas y confiables de su utilidad (24). En el caso de las escalas de medición en salud están diseñadas para evaluar dimensiones físicas, psicológicas o sociales que no pueden observarse ni medirse directamente; cuya importancia radica en que permiten recoger de forma válida y confiable la percepción (subjetiva) del sujeto sobre dichas dimensiones (43). La aplicación de instrumentos, tales como las escalas, muchas veces exigen la colaboración del paciente y que tenga una información básica o una función cognitiva suficiente para responder a las preguntas. Por otra parte el modo de preguntar y el lenguaje utilizado son fuentes de sesgos, pero no lo son menos los factores culturales que llevan a que una misma pregunta pueda ser o no válida en un idioma o en otro, o incluso en países diferentes que comparten una misma lengua (7). Otro concepto que influye es la alfabetización de las personas a las que se les

aplica un instrumento, este término hace referencia al conocimiento básico de lectura y escritura (45).

En Chile, la alfabetización en general ha sido un proceso largo y arduo; como referente histórico se tiene que en 1920, las cifras de análisis efectuados indicaron que un 50,39% de la población sabía leer y escribir, lo que influye al momento de aplicar los instrumentos y que el investigador debe considerar al momento de establecer los criterios de inclusión y exclusión. En 1940, comienza a utilizarse internacionalmente el término analfabetismo, que implica no saber leer habiendo sobrepasado la edad escolar. Para dicho año, el censo indicó que un 58.30% de la población se encuentra alfabetizada; en este aspecto el último censo con resultados publicados (2002) reveló que un 95.7% de la población de 10 años y más es alfabetizada, esta cifra está distribuida en iguales proporciones entre la población masculina como femenina. A partir de este concepto surge la literacidad en salud el que se refiere a la gama de competencias que las personas desarrollan para leer, comprender, evaluar y utilizar información que les permita tomar decisiones informadas, que mejorar su calidad de vida; Macuso, por su parte, la define como “un proceso que evoluciona a lo largo de la vida de un individuo y que engloba los atributos de capacidad, comprensión y comunicación” (45).

En Chile la información que se tiene sobre literacidad en salud de la población es escaso, puesto que no se han realizado estudios nacionales que involucren su medición. Sin embargo existen estudios de pregrado y postgrado realizados en centros de salud familiares y organizaciones privadas en Santiago, que han determinado, principalmente, niveles inadecuados de literacidad en salud (45).

Por ende para utilizar un instrumento ya sea una escala o un cuestionario se hace necesario previo a su utilización comprobar que ésta mida apropiadamente lo que desea medir, a esto es lo que se denomina “Proceso de validación”. Este proceso se realiza inicialmente con la adaptación cultural del instrumento al medio donde se quiere utilizar y a continuación se miden sus características psicométricas (7).

La importancia de tener un instrumento validado es que nos permite conocer mejor el comportamiento de las personas que viven o se enfrentan a un evento, y así determinar

una posible intervención. Es todavía más importante contar con instrumentos culturalmente válidos en la población sobre la que estamos reportando o interactuando, puesto que en ocasiones las situaciones contenidas en las escalas no tienen sentido para otras culturas o regiones geográficas; en consecuencia, los resultados no reflejan la realidad del grupo estudiado (8).

La validación de instrumentos es necesaria en el ámbito de la salud, puesto que permite comparar los resultados obtenidos con otros estudios nacionales e internacionales que hayan utilizado el mismo instrumento. Sin embargo la metodología para validar instrumentos es poco conocida por profesionales sanitarios, lo que explica el uso indiscriminado de instrumentos solo adaptados o validados de manera inconsistente (7). A esto se suma el hecho de que la información disponible sobre el proceso de construcción, adaptación y validación de las escalas en salud es escasa, dispersa y en algunos casos incompleta. Existen algunos estudios que han intentado establecer una base metodológica basándose en revisiones bibliográficas como es el estudio de Luján y Cardona (2015) denominado “Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas” en el cual se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura para localizar la mayor cantidad de información disponible sobre el proceso de validación de las escalas de medición en salud, siendo un aporte metodológico para los investigadores que se interesan en la validación de instrumentos (43).

### **2.2.5 Estudios de Validación Escala de Adaptación y afrontamiento Sor Callista Roy.**

Actualmente se ha determinado la validez y confiabilidad de la Escala Adaptación y afrontamiento (CAPS) versión original (47 ítems) en inglés, tailandés y español. La versión original en inglés fue aplicada por Roy a 243 personas con lesiones de médula espinal y a 104 personas con tumores benignos de base de cráneo con secuelas de lesión en pares craneales, sin compromiso de las funciones cognitivas, cuyas pruebas psicométricas de este estudio mostraron un Alfa de Cronbach 0.94 (3).

La versión en tailandés fue realizada por Chayaput y aplicada a 554 pacientes

hospitalizados en servicios médico-quirúrgicos en tres hospitales de Tailandia. Se obtuvo una alta confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0.93 y un coeficiente de correlación de Spearman de 0.87 (36). Los resultados mostraron equivalencia semántica, conceptual y técnica (8).

En el año 2007 la versión en español fue realizada por Gutiérrez y sus colaboradores de la Universidad de la Sabana Colombia, aplicado a 417 sujetos mayores de 50 años con una función mental intacta. La confiabilidad se evaluó a través de la consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0,88. La estabilidad se midió a través del coeficiente de correlación de Spearman ( $r= 0,94$ ). Estos resultados confirman la validez y confiabilidad de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación en la versión español (3).

Existen otros estudios en que se ha realizado el proceso de validación de la Escala de adaptación y afrontamiento, como es el de Lazcano y sus colaboradores (México) en personas con Diabetes mellitus tipo 2, en el que se concluyó que la escala tiene consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.93 y validez de constructo incipiente puesto que análisis de componentes principales arrojó nueve factores con una variación explicada 65,29% (8).

En cuanto a la aplicación de la escala en su versión original, ha sido utilizada en al menos 13 países en 4 continentes (6), sin embargo previo a su uso no siempre se ha realizado la correspondiente adaptación cultural y validación en el país que se utilizará. En Chile su aplicación fue realizada en el año 2010 por Molina y Huecha a una muestra de 57 participantes pertenecientes al Equipo de enfermería de la unidad de cuidados intensivos médico-quirúrgicos Hospital Regional Concepción Posterremoto y Tsunami, sin embargo en este estudio se aplicó la versión original de la escala en español la que actualmente no se encuentra validada para población Chilena (47).

Si bien la Escala de adaptación y afrontamiento versión original, ha sido validada y utilizada en diversas poblaciones; esto no ha sido así con la versión abreviada de la escala, puesto que solo ha sido determinada su validez y confiabilidad por su autor Callista Roy en el año 2016, con una consistencia interna Alfa de Cronbach de 0,82 (6).

Es por ello que en la presente investigación se realizará la validación de la versión abreviada de la escala, puesto que ya se cuenta con el antecedente de que su uso es de alta utilidad y de que una de las preocupaciones advertidas en relación a la versión original es la carga del entrevistado por la extensión del instrumento

## **CAPITULO 3**

### **METODOLOGÍA**

### **3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.1 Tipo de estudio.**

La presente investigación corresponde a un estudio psicométrico en el que se realizó la validación exploratoria y determinación de confiabilidad (25) de la Escala de adaptación y afrontamiento (CAPS) versión abreviada Callista Roy.

#### **3.1.2 Fases del estudio.**

##### **Primera fase: Traducción y adecuación semántica del instrumento**

En esta etapa se realizó la traducción del instrumento partiendo de su versión en inglés: “Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS) Short Form” (anexo 1), procurando mantener la estructura original, cuya autorización para la traducción y posterior validación fue solicitada previamente a su autor (anexo 2).

El objetivo fue conseguir un instrumento resultante que mantenga la equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experiencial con el instrumento original (16). Para ello se llevaron a cabo los siguientes pasos recomendados por Ramada y Serra (16):

- a) Traducción directa: En esta fase se realizó una revisión de cada uno de los ítems de la escala, para lo cual se solicitó tres traducciones directas (del idioma original, inglés, al idioma de aplicación, español). Efectuadas por una traductora (anexo 3) y dos por enfermeras bilingües.
- b) Síntesis de traducciones: Posteriormente el investigador realizó un análisis de las tres traducciones las que se consolidaron en un solo formato.
- c) Traducción inversa (retro-traducción): A partir de la traducción obtenida del análisis, se realizaron tres nuevas traducciones inversas (retro-traducción) del español al inglés. Una de ellas fue efectuada por una traductora (anexo 4) y dos por enfermeras bilingües, distintas a las que participaron en la primera traducción.
- d) Posteriormente el investigador realizó un análisis de las tres retro-traducciones consolidándolas en un solo formato.

- e) A partir de estos procesos de traducción y retro-traducción, el investigador realizó un análisis comparativo entre los consolidados obtenidos lo que permitió proponer modificaciones semánticas de algunos términos que podían no ser claros para nuestra cultura. Esta propuesta de ajuste al instrumento original fue enviada al autor mediante correo electrónico para su revisión y posterior autorización.
- f) Pre-test (aplicabilidad/viabilidad): Por último se aplicó la última versión modificada del instrumento a un grupo de 28 participantes con características similares (enfermedades crónicas) y que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, distribuidos en los cuatro centros seleccionados con el objetivo de determinar la comprensibilidad del instrumento CAPS versión abreviada. Para ello el investigador registró las preguntas que realizaron los participantes respecto a los distintos ítems que presentaron dificultad en su comprensión y recibió las sugerencias al instrumento que se generaron durante su aplicación.

### **Segunda fase: Determinación de la validez contenido**

En el presente estudio se realizó una validación de contenido a través del juicio de expertos por medio del método de agregados individuales. Este proceso se llevó a cabo mediante la conformación de un grupo de siete expertas enfermeras con grado académico de magister y/o doctorado, a las cuales se invitó a participar en esta investigación y que se desempeñan como docentes Universidad Católica del Maule, Universidad de Concepción, Universidad Andrés Bello y Universidad de Valparaíso, y han trabajado el Modelo Adaptación y afrontamiento de Sor Callista Roy.

A este grupo de expertas se les entregó la información necesaria para llevar a cabo el análisis del instrumento por medio de un instructivo. Los aspectos evaluados fueron: Pertinencia que hace referencia a la coherencia entre el ítem y la dimensión (adaptación), y la claridad que hace referencia a la redacción de los ítems.

Posteriormente el investigador realizó un compilado con el análisis realizado por las expertas, en donde aquellos ítems que mostraron una coincidencia parcial fueron

revisados y modificados, para luego ser enviados a Callista Roy para su aprobación. Una vez recibidas sus recomendaciones y aprobación se realizó los ajustes correspondientes, para luego aplicar el instrumento modificado a una muestra representativa y proceder a las siguientes etapas de validación.

### **Tercera fase: Determinación de la Validez de Criterio**

Primeramente se realizó una búsqueda de instrumentos que se asociaran con el constructo de Adaptación y Afrontamiento, en esta investigación con el constructo del Apoyo Social (40). por medio de la “Escala Multidimensional de Apoyo Percibido”.

Para luego realizar la validez de criterio concurrente mediante un coeficiente de correlación entre el instrumento objeto de validación y un instrumento validado en Chile.

### **Cuarta fase: Determinación de la Validez de Constructo**

La validez de constructo se determinó a través de un análisis factorial exploratorio. Para ello primeramente se llevó a cabo la descripción de las variables; posteriormente se corroboró la existencia de correlación entre ellas por medio de la aplicación del Test de esfericidad de Bartlett y el índice Kaiser- Meyer-Olkin; y finalmente se aplicó el método de extracción de factores principales, el análisis de componentes principales y el método de rotación varimax y normalización de Kaiser aplicados a la matriz de estructura de las variables.

### **Quinta Fase: Determinación de la confiabilidad**

La confiabilidad del instrumento se evaluó por medio de la consistencia interna, utilizando el Coeficiente Alfa de Cronbach. Se utilizó esta técnica puesto que es una de las más utilizadas y práctica desde el punto de vista que se requiere solo una administración de la prueba (24).

### **3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO**

Personas adultas, mayores de 18 años, con enfermedades crónicas y que asisten a los siguientes centros ubicados en la Región de Valparaíso, Chile: Corporación de Ayuda al Ostomizado (CORAOS), Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Fundación Diabetes Juvenil y Sociedad Hemodiálisis Valparaíso (HEMOVAL).

### **3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Se obtuvo una muestra intencionada (25), por cuota, de los cuatro centros seleccionados. Para la determinación del tamaño de la muestra se calculó considerando un mínimo de cinco aplicaciones para cada ítem del instrumento que se pretende validar, según lo recomendado por Sánchez y Echeverry (44); puesto que la Escala CAPS versión abreviada cuenta con 15 ítems se deben realizar como mínimo un total 75 aplicaciones, ante lo cual se propone obtener una muestra de 100 sujetos distribuidos uniformemente en los cuatro centros participantes.

Los participantes fueron voluntarios y se les invitó a participar por medio de un afiche informativo (anexo 5) y verbalmente por el investigador en las salas de espera de cada centro seleccionado. El instrumento fue aplicado por medio de una entrevista realizada por el investigador, en un lugar privado y adaptado en sala de espera de cada uno de los establecimientos seleccionados.

### **3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.4.1 Criterios de inclusión.**

- Personas con enfermedades crónicas.
- Personas que pertenezcan a los centros seleccionados.
- Personas de edad mayor o igual a 18 años.
- Personas mayores de 65 años con un estado cognitivo normal (puntaje mini mental mayor a 13 puntos).

El Examen Minimental Abreviado de Pfeiffer (MMSE) (anexo 6), es un instrumento de medición con el que se realiza una evaluación cognitiva o examen del estado mental de las personas principalmente adultos mayores, fue construido por Folstein y McHugh en 1975 y evalúa la orientación temporal y espacial, memoria a corto plazo, atención, concentración, abstracción, comprensión, capacidad ejecutiva, memoria a largo plazo y capacidad visio-constructiva, consta de 19 puntos y se considera alterado si su resultado es menor a 13 puntos, puntaje que mostró mejor correlación con el punto de corte validado para versión modificada del MMSE en Chile en la validación realizada por Quiroga P, Albala C y Klaasen G, realizada para el diagnóstico de demencia asociada a la edad (48).

#### **3.4.2 Criterios de exclusión.**

- Personas sin enfermedades crónicas.
- Personas que no pertenezcan a los centros seleccionados.
- Personas menores de 18 años.
- Personas mayores de 65 años con un estado cognitivo anormal (puntaje MMSE menor o igual a 13 puntos).

### **3.5 INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE DATOS**

Primeramente, previo a la aplicación de la escala a validar se aplicó un Cuestionario de antecedentes socio demográficos (anexo 7) confeccionado por la investigadora que consta de cuatro preguntas dicotómicas con una escala numérica y cuyo objetivo es caracterizar la muestra seleccionada en relación a la edad, sexo, nivel educacional y estado civil.

Posteriormente se aplicó el instrumento objeto de validación (Escala CAPS versión abreviada), cuya autorización para su utilización, adaptación transcultural y posterior validación fue otorgada por su autor (anexo 8).

La Escala CAPS versión abreviada, consta de 15 ítems que representan todos los conceptos originales de la Escala CAPS formato largo de 47 ítems. Utiliza una escala

Likert con respuestas de opción múltiple en un rango de puntuación de 4 (siempre) a 1 (nunca), cada enunciado es una afirmación corta acerca de cómo un individuo responde a experiencias de crisis o eventos extremadamente difíciles (6).

Las consideraciones para obtener el puntaje de la escala CAPS versión abreviada son las siguientes:

- El puntaje total se obtiene de la sumatoria numérica de la respuesta de cada ítem. El rango de puntuación de los 15 ítems abarca de 60 a 15 puntos en donde una puntuación alta es indicativo de mayor consistencia en el uso de la estrategia de afrontamiento identificada (6).
- Se debe considerar que la puntuación es inversa en los tres enunciados negativos, de tal manera que puntuaciones altas son indicativas de un mayor nivel de afrontamiento. Los puntajes inversos son 1=4; 2=3; 3=2; y 4=1. Los ítems con puntaje inverso son: **5, 13 y 14** (6).

Posteriormente se aplicó el segundo instrumento correspondiente a la “Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido” (MSPSS) (anexo 9), con el que se relacionó la Escala CAPS versión abreviada para la determinación de validez de criterio concurrente.

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido fue diseñada en 1988 por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, y mide el apoyo percibido desde tres fuentes: la familia, amigos y pareja u otras personas significativas. La versión original consiste en una escala compuesta por 12 reactivos, con respuestas tipo Likert entre 1 y 7 puntos, donde los puntajes más altos señalan mayor apoyo social percibido (38).

Este instrumento fue traducido y adaptado para su uso en Chile en el año 2002 por Arechabala y Miranda, donde la principal modificación realizada fue el reducir la escala de frecuencia a 4 niveles, con un puntaje mínimo de 12 a un máximo de 48 (38). Posteriormente en el año 2010 Ortiz y Baeza evaluaron las propiedades psicométricas de esta escala en población adulta chilena con diabetes tipo 2, obteniendo una consistencia interna 0,849 y en cuyo análisis exploratorio se obtuvieron los tres factores propuestos

por los autores; por tanto estos resultados alcanzados sugieren que la escala posee adecuadas propiedades psicométricas para ser utilizada en población (49).

### 3.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Etapa 1: Solicitud autorización de los centros** Durante los meses abril y mayo 2016, se contactó vía telefónica a los cuatro centros seleccionados (CORAOS, CONAC, HEMOVAL y Fundación Diabetes Juvenil), se coordinó vía telefónica y correo electrónico reunión con cada uno de los representantes de los centros para invitarlos a participar en la presente investigación.
- **Etapa 2: Coordinación aplicación instrumento** Una vez que los centros aceptaron la invitación y posterior a aprobación de la investigación por parte del comité de bioética de la Universidad de Valparaíso; se inició la coordinación para la aplicación del instrumento.  
En marzo 2017 se envió las cartas a los centros (anexo 10) certificando la aprobación por parte del comité de ética y solicitando coordinar fechas y horarios para la aplicación de los instrumentos.
- **Etapa 3: Reclutamiento participantes** Aceptada la propuesta de las fechas en que se aplicarían los instrumentos se inició el reclutamiento de los participante durante el mes de septiembre 2017, a través de afiche informativo (anexo 4) invitándolos a participar en la investigación.
- **Etapa 4: Aplicación instrumento** Durante los meses de noviembre 2017 a junio 2018 se realizó la aplicación de los instrumentos en los centros. Según el orden que se presenta a continuación: HEMOVAL (noviembre 2017 a febrero 2018) con un total de 5 visitas, CORAOS (noviembre 2017 a junio 2018) con un total de 10 visitas, Fundación Diabetes Juvenil durante (diciembre 2017 y abril 2018) con un total de 5 visitas, CONAC (enero a marzo 2018) con un total de 7 visitas.

### **3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez aplicado el instrumento a la totalidad de la muestra (n=100), los resultados obtenidos de ambos instrumentos fueron ingresados en una base de datos Excel elaborada por el investigador, la que posteriormente fue procesada en el programa estadístico SPSS, Versión 22.

Para la validación de criterio concurrente se determinó la relación existente entre dos instrumentos: la Escala CAPS versión abreviada y la Escala Multidimensional de Apoyo Percibido. Para este efecto, se crearon dos nuevos factores dentro de la base de datos entregadas: SUMCAPS y SUMAPS según la escala de CAPS y de apoyo social percibido respectivamente. Para medir esta relación se seleccionó el Coeficiente de correlación de Spearman, teniendo como referencia  $r > 0,5$ , valor que indica que la relación es moderada a fuerte (19). La decisión de utilizar este coeficiente de correlación se basó en los resultados de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov cuya referencia es que con un valor  $< 0.05$  se recomienda utilizar el coeficiente de correlación de Spearman (20).

En caso de la validación de constructo se utilizó la técnica multivariada de análisis factorial, previo a ello se aplicó el test de esfericidad de Bartlett teniendo como referencia  $< 0,05$  y la prueba Kaiser- Meyer- Olkin cuya referencia utilizada fue  $\geq 0,75$  (22), para luego realizar el análisis de componentes principales y la extracción de factores (23).

Para la determinación de la confiabilidad del instrumento se evaluó a través de la consistencia interna utilizando el Alfa de Cronbach teniendo como referencia  $\alpha = 0,75$  (25).

### **3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio es parte de los procedimientos propuestos en la Tesis de Magister “Validación exploratoria de la Escala de adaptación y afrontamiento (CAPS) versión abreviada en adultos con enfermedades crónicas en Chile”, del programa de Magister en Enfermería de la Universidad de Valparaíso, el que fue evaluado y aprobado por el

comité de Ética de la Facultad de Medicina de dicha Universidad atendiendo a la acta de evaluación bioética No. 58/2016 (anexo 11).

El investigador explicó a cada uno de los participantes de forma verbal y escrita por medio de un consentimiento informado (anexo 12) el objetivo de la investigación, especificando que la información recogida por medio de esta investigación es confidencial y se les explicó la posibilidad de la posterior divulgación de los resultados obtenido. Además de que la investigación obedecerá a los aspectos éticos correspondientes: Autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La autonomía se refiere a que las personas que se encuentren en condiciones de deliberar se les respete su capacidad de autodeterminación; la beneficencia es la obligación ética de lograr los máximos beneficios posibles y reducir al mínimo la posibilidad de daños e injusticias; no maleficencia protege contra daños evitables a los participantes de la investigación, y justicia exige que casos considerados similares se traten de manera similar, y que los casos considerados diferentes se traten de tal forma que se reconozca la diferencia (50).

En cuanto al resguardo de la información, el registro de los datos será resguardado por un período de tres años posterior a su aplicación en la oficina del co-investigador, ubicada en la Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, Angamos #655 Reñaca Viña de Mar.



## **CAPITULO 4**

## **RESULTADOS**

## **4.1 RESULTADOS**

### **4.1.1 Características sociodemográficas.**

Participaron un total 100 personas pertenecientes a los cuatro centros seleccionados (CORAOS, CONAC, Sociedad hemodiálisis HEMOVAL, Fundación diabetes Juvenil), cuyo promedio de edad fue 57 años (DE=5,6) con un valor mínimo de 19 y un valor máximo de 83. El 65% correspondió al sexo femenino.

Los participantes mostraron un nivel educativo variable, siendo la enseñanza media completa el nivel educacional más prevalente con un 33%. El 73% de los participantes cuenta con educación básica y media ya sea completa o incompleta, y el 9% cuenta con una formación técnica o universitaria incompleta. Solo el 18% ha concluido sus estudios universitarios.

El estado civil más representativo en los participantes fueron solteros 36% seguidos de los casados 31%.

### **4.1.2 Traducción y adecuación semántica del instrumento.**

A través del proceso de traducción y adecuación semántica del instrumento se obtuvieron cuatro versiones del instrumento Escala CAPS versión abreviada.

- La versión 1.0 (anexo 13) corresponde al resultado del análisis realizado por el investigador de las tres traducciones del idioma original (inglés) al español.
- La versión 2.0 (anexo 14) corresponde al resultado del análisis realizado por el investigador de las tres retro-traducciones del idioma español al inglés.
- El análisis comparativo final entre la versión 2.0 y el instrumento en su idioma original (inglés) se muestra en el anexo 15. Dicho análisis fue enviado al autor, el cual aprobó la traducción a idioma español, sin observaciones(anexo 8).

La versión 1.0 aceptada por el autor fue aplicada en el pre-test, cuyos resultados se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 1: Sugerencias Pre-test**

Ítem	Ítem evaluado	Propuesta de ítem
2	Llamo el problema por su nombre e intento verlo desde lejos.	Llamo al problema por su nombre e intento verlo desde lejos
14	A menudo me doy por vencido fácilmente.	Me doy por vencido fácilmente.

**Fuente: Datos de la investigación, 2018.**

A partir de estas sugerencias, se modificaron dos ítems y se obtuvo la “Versión 3.0” (anexo 16), la cual fue autorizada por el autor y posteriormente sometida al proceso de validación de contenido.

#### **4.1.3 Validación del Instrumento.**

**4.1.3.1 Validación de Contenido:** Los resultados de esta investigación, respecto a la validación de contenido por medio del análisis de expertos quienes evaluaron la pertinencia y claridad del instrumento, se detallan en el anexo 17 y se resumen en la siguiente tabla:

**Tabla 2: Sugerencias grupo de expertas.**

Ítem	Ítem evaluado	Pertinencia	Claridad	Sugerencia de modificación al ítem	Modificación del ítem
2	Llamo al problema por su nombre e intento verlo desde lejos.	SI	NO	Llamo al problema por su nombre e intento mirarlo desde lejos.	SI
3	Reúno la mayor cantidad de información posible para mejorar mis opciones.	SI	NO	Reúno la mayor cantidad de información para mejorar mis opciones.	SI
4	Generalmente intento que todo resulte a mi favor.	SI	NO	Intento que todo resulte a mi favor.	SI
6	Trato de buscar todos los recursos para lidiar con la situación.	SI	NO	Trato de buscar todos los recursos para enfrentar la situación.	SI
9	Me fortalezco de la espiritualidad o del éxito de las personas valientes.	SI	NO	Me fortalezco de la espiritualidad o del éxito de las personas valientes, positivas o fuertes/ Aprendo a solucionar los problemas como lo han hecho otros.	NO
13	Me siento enfermo/a	SI	NO	Me siento mal emocionalmente/ Cuando tengo que afrontar situaciones me siento enfermo	NO

**Fuente: Datos de la investigación, 2018.**

En el análisis realizado por las expertas los resultados fueron: De los 15 ítems correspondientes a la versión 3.0, el 100% fueron considerados pertinentes y el 40% fueron considerados poco claros.

En la tabla 2 se muestran las sugerencias de modificación a los ítems; cuatro de ellas fueron aceptadas puesto que no alteraban el sentido de la pregunta, y dos de ellas no fueron modificadas, ya que sugerían cambios en la redacción de los ítems que alteraban el sentido de la pregunta. Dichas modificaciones fueron autorizadas por el autor, obteniendo así la “Versión 4.0” (anexo 18), que posteriormente fue aplicada a los participantes de esta investigación.

Por tanto a partir de las modificaciones realizadas se consideró que los ítems de las Escala CAPS Versión abreviada cuentan con todos los elementos teóricos que involucra el constructo de adaptación y afrontamiento; continuando, así, el proceso de validación.

**4.1.3.2 Validación de Criterio:** Los resultados obtenidos a partir de la determinación de la validez de criterio concurrente entre la “Escala de adaptación y afrontamiento CAPS versión abreviada” (versión 4.0) y la “Escala multidimensional de apoyo social percibido” fueron los siguientes:

**Tabla 3: Prueba de Kolmogorov-Smirnov**

	CAPS	MSPSS
<b>n</b>	100	100
<b>Estadístico de prueba</b>	,135	,115
<b>Sig.asintótica (bilateral) Valor p</b>	,000	,002

**Fuente: Datos de la investigación, 2018.**

Según los resultados mostrados en la tabla, ambas variables rechazan la hipótesis nula pues el valor  $p$  de la prueba resultó, para ambas variables, menor que 0,05 y por lo tanto ninguna de las variables se distribuye de forma normal.

Por lo anterior se decide utilizar al coeficiente de correlación de Spearman, cuyos resultados se muestran en la tabla 4.

**Tabla 4: Relación entre Escala CAPS Versión abreviada y Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.**

Rho de Spearman Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	CAPS
MSPSS	$r = 0,299$ $p = 0,002$

**Fuente: Datos de la investigación, 2018.**

Como se puede observar en la tabla 4, los resultados muestran una correlación débil ( $r < 0,50$ ) y positiva entre la Escala CAPS versión abreviada y la Escala MSPSS. El nivel de significancia de la prueba es menor que el propuesto en el test (0,05), por lo tanto las variables no son mutuamente independientes.

**4.1.3.3 Validación de Constructo:** En relación a los resultados obtenidos respecto a la validación de constructo se puede mencionar lo siguiente:

En primer lugar se realizó la descripción de las variables del instrumento en este caso por tratarse de la validación de una escala, las preguntas o ítems de la misma pasan a ser las variables a analizar.

**Tabla 5: Estadísticos descriptivos de la Escala CAPS Versión abreviada**

Pregunta	n	Mín.	Máx.	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
P1	100	1,00	4,00	3,3800	,85019	-1,527	1,926
P2	100	1,00	4,00	3,3300	1,02548	-1,335	,421
P3	100	1,00	4,00	3,4700	,86987	-1,644	1,823
P4	100	1,00	4,00	3,4100	,81767	-1,571	2,238
P5	100	1,00	4,00	2,5100	1,22676	,110	-1,599
P6	100	1,00	4,00	3,7000	,71774	-2,827	7,825
P7	100	1,00	4,00	3,1800	1,06723	-1,081	-,167
P8	100	1,00	4,00	2,2500	1,18386	,170	-1,557
P9	100	1,00	4,00	3,4900	,96917	-1,873	2,181
P10	100	1,00	4,00	3,5000	,93744	-1,839	2,150
P11	100	1,00	4,00	3,5800	,74101	-2,029	4,054
P12	100	1,00	4,00	3,4100	,84202	-1,627	2,285
P13	100	1,00	4,00	2,9200	1,09802	-,259	-1,522
P14	100	1,00	4,00	3,3100	1,08892	-1,127	-,395
P15	100	1,00	4,00	3,1200	1,10353	-1,024	-,345

**Fuente: Datos de la investigación, 2018.**

En la tabla 5 se puede observar que la mayoría de los ítems tiene una media cercana o superior a 3, excepto el ítem 8, que en términos de la escala de respuesta del instrumento corresponde a cumplir una conducta de forma frecuente o casi siempre. Esto se ve reforzado al observar los coeficientes de asimetría y curtosis, los que muestran descriptivamente la forma en que se distribuyen los datos. Puesto que la mayoría de los ítems cuentan con un valor negativo respecto a la asimetría, esto implica que la gran parte de los datos se encuentra sobre la media. Por otro lado el coeficiente de curtosis apoya esta interpretación, pues la mayoría de los ítems cuentan con un coeficiente positivo, lo que significa que en los resultados están altamente concentrados alrededor de

la media. En términos de interpretación, entonces podemos ver que la mayoría de las conductas planteadas en el instrumento se cumplen frecuentemente o casi siempre.

A pesar de lo planteado anteriormente, existen tres ítems que no cumplen con lo señalado. Estos corresponden a los ítems 5, 8, y 13, pues se ven como conductas que en su mayoría son cumplidas "casi nunca", donde existe una alta concentración de la información alrededor de la media, lo que significa que una importante cantidad de personas respondió las alternativas cercanas al "casi nunca", pudiendo ser "nunca" o bien "a veces".

**Tabla 6: Resultados de la Prueba de Bartlett y Test KMO**

<b>Prueba de esfericidad de Bartlett</b>	Sig.	,000
<b>Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.</b>		0,726

**Fuente: Datos de la investigación, 2018.**

En la tabla 6 se presentan los resultados de la Prueba de Bartlett, cuyo valor fue menor que 0,05, por lo tanto se debe rechazar la hipótesis nula, lo que se interpreta como que las variables que se están analizando tienen algún nivel de correlación y es pertinente realizar un Análisis Factorial. En el caso del test de Kaiser-Meyer-Olkin el valor obtenido es de 0,726, inferior a lo recomendado (0,75), sin embargo esta diferencia no es significativa, por lo que al igual que la prueba de Bartlett se recomienda la realización del Análisis Factorial.

Por tanto la técnica estadística que se utilizó para la validación de constructo del instrumento corresponde a un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), cuyos resultados se presentan a continuación:

**Tabla 7: Comunalidades de los indicadores del instrumento.**

Comunalidades		
P1	1,000	,599
P2	1,000	,578
P3	1,000	,512
P4	1,000	,563
P5	1,000	,616
P6	1,000	,616
P7	1,000	,468
P8	1,000	,345
P9	1,000	,642
P10	1,000	,676
P11	1,000	,486
P12	1,000	,594
P13	1,000	,497
P14	1,000	,514
P15	1,000	,444

**Fuente: Datos de investigación, 2018.**

Tal como se señaló, el AFE se efectuó mediante el método de componentes principales, el cual permite realizar un análisis de toda la varianza (común y no común). Bajo este enfoque, en la tabla 7 se observa que la tercera columna corresponde a las comunalidades de los indicadores una vez realizada la solución factorial, es decir una vez propuesto el modelo; lo cual se interpreta como la varianza común que cada ítem tiene con los demás indicadores presentes en el instrumento. En este sentido se puede observar que el instrumento en su mayoría no comparte una varianza común, es decir existe una baja correlación entre las preguntas del instrumento, destacándose las preguntas 7, 8, 11, 13 y 15, los cuales comparten menos del 50% de variabilidad original del instrumento.

**Tabla 8: Análisis factorial**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	4,05	27,03	27,03	4,05	27,03	27,03	3,06	20,42	20,42
2	1,58	10,54	37,50	1,58	10,54	37,57	1,98	13,21	33,64
3	1,38	9,17	46,74	1,38	9,17	46,74	1,57	10,49	44,14
4	1,14	7,59	54,33	1,14	7,59	54,33	1,53	10,19	54,33
5	,96	6,38	60,72						
6	,93	6,18	66,90						
7	,87	5,81	72,70						
8	,71	4,76	77,46						
9	,65	4,36	81,82						
10	,62	4,13	85,95						
11	,60	4,02	89,97						
12	,49	3,24	93,20						
13	,40	2,66	95,86						
14	,37	2,46	98,32						
15	,25	1,68	100,00						

Fuente: Datos de la investigación, 2018

En la tabla 8, se muestra un listado de los valores propios de la matriz de varianzas-covarianzas, y de los porcentajes de varianzas que representan cada uno de ellos. Los valores propios, expresan la cantidad de varianza total que es explicada por cada uno de los factores, y los porcentajes de varianza explicada asociadas a cada componente se obtienen dividiendo el valor de los valores propios por la suma de ellos (que coinciden con la cantidad de variables). Se observa que en la tabla anterior, existen 4 valores propios mayores que 1 que explican en total un 54,3% de la variabilidad total rigiéndose por la regla de Kaiser que sostiene que el número de factores relevantes es el número de valores propios mayores que 1 que tiene la matriz de correlación original. Esto interpreta en que la Escala CAPS Versión abreviada cuenta con 4 dimensiones, las que en su conjunto miden un 54,3 % del constructo que se quiere medir, es decir, la adaptación y afrontamiento.

**Tabla 9: Matriz de la estructura factorial**

Preguntas	Componente			
	1	2	3	4
P1	<b>,762</b>	<b>,078</b>	,109	-,016
P2	<b>,502</b>	-,010	,328	<b>,466</b>
P3	<b>,613</b>	-,080	,317	-,170
P4	<b>,579</b>	-,146	,290	-,349
P5	,270	<b>,682</b>	,077	,268
P6	<b>,720</b>	-,067	,300	-,052
P7	,287	,212	<b>-,519</b>	,267
P8	<b>-,042</b>	-,017	<b>,567</b>	,150
P9	,262	<b>-,497</b>	,067	<b>,567</b>
P10	<b>,466</b>	<b>-,475</b>	-,348	,334
P11	<b>,475</b>	-,241	-,352	-,281
P12	<b>,652</b>	-,266	-,222	-,222
P13	<b>,502</b>	,396	-,265	,132
P14	<b>,499</b>	<b>,513</b>	-,016	-,042
P15	<b>,631</b>	,105	-,121	-,145

En la tabla 9 se muestra la matriz de carga de factores rotados aplicando varimax. Contiene las correlaciones entre los indicadores del instrumento y cada uno de los factores propuestos, en este caso 4. A partir de esta matriz presentada en la tabla anterior se puede clasificar a los indicadores en los siguientes componentes:

**Tabla 10: Distribución de los ítems por factor o componente**

Factores	Ítems dentro del Factor
1	1, 2, 3, 4, 6,11,12, 13, 15
2	5, 10, 14
3	7, 8
4	9

**Fuente: Datos de la investigación, 2018.**

**4.1.4 Confiabilidad del instrumento:** Los resultados de esta investigación, respecto de a la confiabilidad de la Escala CAPS Versión abreviada son los siguientes:

**Tabla 11: Estadístico de confiabilidad**

Alfa de Cronbach	Número de elementos
,75	15

**Fuente: Datos de la investigación, 2018.**

En la tabla 11, podemos observar que el coeficiente de correlación de Cronbach resultó 0,75, lo que corresponde a un nivel **aceptable** (25). Esto indica el 75% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas en ella representan el concepto que el instrumento mide, es decir, la adaptación y afrontamiento.

**Tabla 12: Alfa si el elemento es suprimido**

Pregunta	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	,708
P2	,727
P3	,722
P4	,730
P5	,749
P6	,717
P7	,746
P8	,778
P9	,749
P10	,735
P11	,736
P12	,721
P13	,727
P14	,729
P15	,717

**Fuente: Datos de la investigación, 2018.**

En la tabla 12 se muestra el coeficiente alfa de cronbach cuando alguno de los elementos es suprimido del instrumento. Esta medición busca determinar si existe alguna pregunta que pueda estar dentro del instrumento que no tenga un alto nivel de correlación con las demás, y que por ende este fuera de lo que el instrumento busca medir. Los resultados muestran que, al parecer, todas las preguntas tienen un nivel similar de correlación con el resto del instrumento, por lo que no sería pertinente, al menos por esta vía de validación prestar atención a alguna de ellas de forma particular.

Con lo evidenciado en la tabla 11 y 12 se puede determinar que la Escala de adaptación y afrontamiento CAPS Versión abreviada cumple con los estándares necesarios de confiabilidad.

## **CAPITULO 5**

### **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIA**

## 5.1 DISCUSIÓN

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos desde la infancia; por esta razón el profesional de enfermería debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Esto está directamente relacionado con la adaptación, de tal forma que la percepción de las situaciones a las cuales se enfrentan las personas son individuales y diferentes para cada uno (12). Por tanto la adaptación y afrontamiento son una estrategia útil para comprender la relación dinámica entre la persona y el medio ambiente (3).

Es por esta razón fundamental que Callista Roy elaboró un instrumento que permite medir la adaptación y afrontamiento, con el fin de identificar las estrategias que la persona utiliza para enfrentar situaciones difíciles. La Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) fue desarrollada por Roy, inicialmente para abordar problemas no resueltos respecto a la comprensión y medición de constructos complejos del afrontamiento.

Los resultados obtenidos a través del desarrollo de investigaciones transculturales relacionadas con el instrumento original (47 ítems), en los idiomas inglés, tailandés y español, permiten identificar su fortaleza con relación a sus propiedades psicométricas, una alta validez y confiabilidad (3). A partir de esto surge el interés de realizar la validación exploratoria y confiabilidad de dicho instrumento.

El instrumento CAPS versión abreviada surge a partir de la Escala CAPS original de 47 enunciados, a partir de las preocupaciones advertidas por estudiosos a nivel global respecto a la carga del entrevistado por la extensión de la herramienta; solo ha sido validada por su autor en su idioma original (inglés) (6).

Puesto que el instrumento objeto de la validación en la presente investigación no se encuentra validado en idioma español, para efecto de comparación de los resultados se relacionará a la “Escala de adaptación y afrontamiento versión español” validada por Gutierrez y sus colaboradores, la cual cuenta con 47 ítems y en la cual se determinó la validez facial y confiabilidad de la versión en español.

En cuanto a la validación de contenido, la cual se realizó a través del método de juicio de expertos analizando la teoría y el modelo planteado por Roy, se infiere que todos los ítems están basados en la teoría del proceso de adaptación y afrontamiento.

Por su parte la identificación de la validez de criterio concurrente de la Escala CAPS versión abreviada, a través de los resultados obtenidos se puede inferir que existe entre la Adaptación y afrontamiento y el apoyo social, lo cual reafirma la opiniones de algunos autores en cuanto a la relación entre estos dos constructos (40), y la evidencia presente en diversos estudios de investigación en el que se establece esta relación, tanto en pacientes que padecen cáncer, enfermedades crónicas y dolor crónico no maligno (34, 38, 41).

Si bien esta relación es débil, esto es normal para este tipo de validez pues resulta difícil encontrar instrumentos que midan exactamente la misma variable que el instrumento a validar, por lo tanto las diferencias resultan naturales. Esta relación existente es un aspecto clave en las consideraciones que deben tener presentes los profesionales de enfermería al momento de implementar estrategias de adaptación y afrontamiento en las personas.

La validez de constructo, realizada a través del análisis factorial exploratorio por medio de la extracción de componentes principales, arrojó 4 dimensiones, cuando es aplicado en población chilena, tres más de los reportados por Roy respecto a la Escala CAPS Versión abreviada. Donde la primera dimensión se ve representada por la mayoría de las preguntas; llama la atención que la dimensión 4 esté solo representada por la pregunta 9, lo que se puede interpretar como que dicha pregunta comparte muy poca o nula varianza común con el instrumento. En relación a las otras preguntas que cargaron en la dimensión 2 (ítems 5, 10 y 14) y dimensión 3 (ítems 7 y 8), lo cual no es extraño puesto que probablemente en Chile a diferencia de Estados Unidos, la adaptación y afrontamiento es considerado dos conceptos distintos y no uno como se establece en el idioma inglés.

En cuanto a la confiabilidad, el coeficiente Alfa de Cronbach de esta investigación fue de 0,75, con una puntuación más baja que el análisis realizado por Gutiérrez en la versión larga con un Alfa de Cronbach 0,88 y menor a la de Chayaput con un Alfa de Cronbach

0,93. En cuanto a la psicometría inicial realizada por su autor, el Alfa de Cronbach para consistencia interna fue de 0,82, la validez de criterio concurrente coeficiente de relación 0,377 (6). Sin embargo es importante considerar que la confiabilidad varía según el número de ítems, cuantos más ítems haya mayor será (25).

## 5.2 CONCLUSIONES

La evidencia obtenida a través de esta investigación al aplicar la Escala CAPS Versión abreviada, idioma español y en población chilena, certifica la validez de contenido, criterio concurrente, validez de constructo incipiente y confiabilidad aceptable del instrumento en población chilena con enfermedades crónicas.

Sin embargo, este es el primer paso en relación a la validación de este instrumento en la cultura chilena; y como disciplina en enfermería se debe seguir avanzando en el campo de la investigación, publicar y difundir resultados en base a investigaciones serias basadas en instrumentos validados en nuestra población para así trasladar los beneficios de los estudios a las personas.

No obstante es necesario incentivar a los profesionales enfermeras/os para que desarrollen estudios con base científica validada que sustente el cuidado de enfermería en el ejercicio profesional. La Enfermería es una disciplina joven y por ende una ciencia emergente que cada día avanza en la búsqueda, por medio de la investigación, de fundamentos acerca de la importancia y relevancia social de la profesión (1).

Esto se interpreta en el reconocimiento de que un instrumento validado fortalece la práctica profesional y más aún si se basan en las teorías de enfermería. Además a través de esta investigación se facilitan los nuevos procesos investigativos en la disciplina aplicando la metodología de validación de instrumento y se genera un aporte al modelo de adaptación de Callista Roy.

Por tanto la “Escala de adaptación y afrontamiento” (CAPS) versión abreviada puede ser un instrumento útil para medir el afrontamiento y la adaptación en personas que lidian con condiciones clínicas crónicas.

### 5.3 SUGERENCIAS

A pesar de los resultados reportados, es importante tener en consideración los siguientes aspectos. El hecho de que algunos ítems hayan cargado en otras dimensiones como es el caso de la pregunta 9, hace necesario que se recomiende analizar esta pregunta, ya que es posible que deba ser reformulada o adecuar su redacción para la población chilena, lo que se condice con las sugerencias planteadas por el grupo de expertas. En relación a los otros ítems que no cargaron en la dimensión 1, esto se puede explicar por la existencia de dos dimensiones al ser aplicado en población chilena. Por tanto se recomienda realizar un nuevo análisis de los ítems por medio de la aplicación a una muestra más amplia.

Al igual que la teorista Callista Roy, se sugiere que en investigaciones futuras se debe realizar la comprobación del instrumento en varias poblaciones clínicas y diversos contextos. Ya que con el conocimiento acerca de como las personas afrontan las situaciones de salud, las enfermeras podrán ayudar a sus pacientes a reforzar estrategias de afrontamiento seleccionadas en una situación dada, brindando oportunidades y apoyo para el desarrollo de nuevas estrategias y la flexibilidad en su uso (9). La validación de este instrumento en español y en población chilena, sin duda, nos abre la posibilidad de que sea aplicado en personas enfermas, en poblaciones de diversos rangos etáreos no solo en adultos, sino que también en población pediátrica; puesto que la teoría de Roy surge de su experiencia personal y profesional con pacientes pediátricos sería muy interesante descubrir cuales son las características de los niños que los diferencian de los adultos y que permiten que se adapten con mayor facilidad a los cambios producidos por la enfermedad (9). También se podría aplicar en grupos étnicos, ya que como país contamos con una gran variabilidad étnica en nuestro extenso territorio con la presencia de grupos alacalufes, atacameños, aymara, colla, mapuches, quechua, rapa nui y yámana; los cuales poseen una cultura diversa y probablemente mecanismos de adaptación diferentes. En el ámbito transcultural de género se podría aplicar en personas heterosexuales, homosexuales, transgénero entre otros, de manera de establecer

intervenciones de enfermería focalizadas en estos grupos que permitan una mejor adaptación y afrontamientos frente a situaciones de enfermedad.

Además al ser un estudio exploratorio, sería interesante realizar posteriores estudios confirmatorios que avalen la validez de la escala de adaptación y afrontamiento CAPS versión corta en población chilena, para así complementar el estudio de validación y confiabilidad de dicho instrumento, ya que al ser la primera validación de la versión abreviada es recomendable que se realicen a lo menos dos validaciones en el idioma español para así comparar resultados.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela MD, Sanjurjo ML, Blanco F. La investigación en enfermería. Rol de la enfermería. Rev ENFURO [Internet]. 2012 enero-abril. [acceso 15 dic 2016]; 121:19-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4093900>
2. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6a ed. Barcelona (Es): Elsevier; 2016. 531p.
3. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán M, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Aquichán [Internet]. 2007 abril. [acceso 13 may 2016] ; 7( 1 ): 54-63. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-5997200700010005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-5997200700010005&lng=en).
4. Moreno M, Alvarado A. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichán [Internet]. 2009 enero. [acceso 9 may 2016]; 9( 1 ): 62-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-5997200900010006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-5997200900010006&lng=en).
5. Rodríguez I. Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular, tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy. FECAN [Internet]. 2013 septiembre. [acceso 20 ene 2016]; 10 (2): 47-54. Disponible en: <http://enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/10/82>
6. Roy C. Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS), versión corta, Información para el usuario. CAPS. 2016: 2-7.
7. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un

- instrumento de medida en salud?. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2011 abril. [acceso 15 feb 2016]; 34 (1): 63-72. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007)
8. Lazcano M, Salazar B, Gómez M. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Aquichán [Internet]. 2008. [acceso 18 marzo 2016]; 8 (1): 116-125. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2670495>
  9. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Edición Séptima. Barcelona (Es): Elsevier Mosby; 2011. Capítulo 1; 3-15.
  10. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Edición Séptima. Barcelona (Es): Elsevier Mosby; 2011. Capítulo 17; 335-365.
  11. Gutiérrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. Revista Hallazgos [Internet]. 2009. [acceso 22 noviembre 2016]; 6 (12): 201-213. Disponible en: <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/1742>
  12. Díaz L, Durán M, Gallego P, Gómez B, Gómez E, González Y et al. Análisis de los conceptos del modelo adaptación de Callista Roy. Aquichán [Internet]. 2002 dic. [acceso 4 abril 2018]; 2 (1): 19-23. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004)
  13. Hernández J, Jaimes ML, Carvajal Y, Suárez D, Medina P, Fajardo S. Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. 2016 jun. [acceso 29 septiembre 2018]; 13 (1): 6-16. Disponible en: <http://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/2107/1604>
  14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas más frecuentes [Internet].

- OMS.[actualizado 11 Septiembre 2017: acceso 11 septiembre 2017]. Disponible en:  
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
15. Botero J, Sarmiento P. Validez de constructo de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy versión español. Revista cultura del cuidado enfermería [Internet]. 2011. [acceso 18 noviembre 2016]; Edición especial: 88-91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3758006.pdf>
16. Ramada JM, Serra C, Declós G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Salud pública Méx [Internet]. 2013 feb. [acceso 13 mayo 2017]; 55 (1): 57-66. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000100009&script=sci_arttext)
17. Corral Y. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Revista Ciencias de la educación. 2009 jun. [acceso 14 abril 2018]; 19 (33):228-246. Disponible en: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/1949>
18. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Quinta Edición. Mexico: McGraw Hill; 2010. 311-332p.
19. Martínez R, Tuya L, Martínez M, Pérez A, Cánovas A. El Coeficiente de correlación de los rangos de spearman caracterización. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 Junio [acceso 28 diciembre 2018] ; 8( 2 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2009000200017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000200017&lng=es).
20. García R, González J, Jornet JM. SPSS: Pruebas no paramétricas. InnovaMIDE. 2010. [acceso 9 Enero 2019] Disponible en: [https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS\\_0802A.pdf](https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0802A.pdf)

21. Carmines E, Zeller R. “Reliability and validity assessment”. 17 ed. California (EE.UU): Sage Publications; 1991. 71p.
22. Montoya O. Aplicación del factorial a la investigación de mercados, casos de estudio. *Scientia et técnica* [Internet]. [acceso 29 septiembre 2018]. 2007; 13 (35): 281-286. Disponible en: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistaciencia/article/view/5443/2855>
23. Morales, P. “El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios”. Universidad Pontificia Comillas, Madrid [Internet]. 2011. [acceso 10 julio 2018]: 3-42. Disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>
24. Oviedo H, Campo A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2005. [acceso 17 abril 2018]; XXXIV (4): 572-580. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/806/80634409>
25. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. Mexico: McGraw Hill; 2010. 177-208.
26. Departamento de estadísticas e información de salud (DEIS). Población INE por grupo etario [Internet]. DEIS; 2015 [actualizado 8 agosto 2018; acceso 8 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas-poblacion/>
27. Instituto nacional de estadística (INE). Síntesis de estadísticas vitales [Internet]. INE; 2018 [actualizado 8 agosto 2018 ; acceso 8 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
28. Orozco A, Castiblanco L. Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No transmisibles. *RCP* [Internet]. 2015. [acceso 28 abril 2016]; 24 (1): 203-217. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5113685>

29. Urzúa A, Jarne A. Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Interam. J. Psychol* [Internet]. 2008. [acceso 29 septiembre 2018]. 42 (1): 151-160. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902008000100016&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902008000100016&script=sci_abstract&tlng=es)
30. Organización mundial de la salud (OMS). Enfermedades no transmisibles [Internet]. OMS; 2007 [actualizado 11 abril 2018; acceso 11 abril 2018]. Disponible en: [https://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=128:enfermedades-no-transmisibles&Itemid=213](https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=128:enfermedades-no-transmisibles&Itemid=213)
31. Llibre JC, Guerra M, Perera E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2008 dic. [acceso 21 noviembre 2016]; 24 (4): 1-10. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400005)
32. Fagalde M, Solar JA, Guerrero M, Atalah E. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la región metropolitana. *Rev méd Chile* [Internet]. 2005 ago. [acceso 4 diciembre 2016]; 133 (8): 919-928. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000800008&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000800008&script=sci_arttext)
33. Jadue H Liliana, Vega M Jeanette, Escobar S María Cristina, Delgado B Iris, Garrido G Carmen, Lastra M Patricia et al . Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: Metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles). *Rev. méd. Chile* [Internet]. 1999 Ago [acceso 12 diciembre 2018] ; 127( 8 ): 1004-1013. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98871999000800017](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000800017)

34. Perez P, González A, Miele I, Uribe A. Relación de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*. 2017. [acceso 26 julio 2018]; 15 (2): 41-54. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80152474004>
35. Martín Muñoz Begoña, Panduro Jiménez Rosa M<sup>a</sup>, Crespillo Díaz Yolanda, Rojas Suárez Lucía, González Navarro Silvia. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index Enferm* [Internet]. 2010 Septiembre [acceso 9 enero 2019]; 19(2-3):115-119. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200009&lng=es).
36. Lazano M, Salazar B. Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan* [Internet]. 2007 Abril [acceso 9 enero 2019] ; 7( 1 ): 77-84. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972007000100007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000100007&lng=en).
37. Romero E, Martínez B, Makaiza E, Guarín A, Pérez J. Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis. Cartagena 2010. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2013 Enero. [acceso 9 enero 2019]; 31(1): 32-41. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42172>
38. Mosqueda A, Mendoza S, Jofré V, Barriga O. Validez y confiabilidad de una escala apoyo social percibido en población adolescente. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 jul. [acceso 11 agosto 2017]; 14 (39): 125-136. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412015000300006&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412015000300006&script=sci_arttext&tlng=en)

39. Vega OM, González DS. Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 jun. [acceso 26 julio 2018]; (16). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200021&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200021&script=sci_arttext&tlng=en)
40. Rodríguez-Marín J, Pastor MA, López-Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema.* 1993. 5: 349-372. Disponible en: <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/2872>
41. Amaya MC, Carrillo G. Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichán* [Internet]. 2015. [acceso 26 julio 2018]; 15 (4): 461-474. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74142431002.pdf>
42. Blanco J. Validación de una escala para medir la habilidad de cuidado de cuidadores. *Aquichán* [Internet]. 2014. [acceso 10 junio 2018]; 14(3): 351-363. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955943>
43. Luján-Tangarife J, Cardona- Arias J. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Revista Archivos de medicina* [Internet]. 2015. [acceso 15 mayo 2018]; 11 (3): 1-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5178935>
44. Sánchez R, Echeverry J. Validación de Escalas de Medición en Salud. *Rev. Salud pública* [Internet]. 2004.[acceso 10 dic 2017]; 6 (3): 302-318. Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642004000300006&script=sci\\_arttext#ModalArticles](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642004000300006&script=sci_arttext#ModalArticles)
45. Alvarez G, Ampuero P, Ghio A, González K, Hernández J, León V et al. Literacidad en salud en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria de

- salud [proyecto de investigación pregrado]. Valparaíso (Chile): Universidad de Valparaíso; 2017.
46. Chayaput P. Development and psychometric evaluation of the Thai version of the coping and adaptation processing scale. [Tesis doctoral]. Massachusetts; 2004.
47. Molina P, Huecha D. Estrategias de afrontamiento del Equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos Med-Quirúrgicos Hospital Regional Concepción Posterremoto y tsunami 27/02. Rev chilena de Medicina Intensiva [Internet]. 2010. [acceso 25 octubre 2016]; 25 (4): 193-198. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2010-4/5.pdf>
48. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor. Santiago; Ministerio de Salud, Chile; 2010. 16 p. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/ablf8If43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
49. Ortiz M, Baeza MJ. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. Universitas Psychologica [Internet]. 2011. [acceso 20 diciembre 2018];10(1):189-196. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64719284016>
50. Universidad de Chile. Centro interdisciplinario de estudios en bioética [Internet]. UCh ; 2019 [actualizado 12 enero 2019; acceso 12 enero 2019]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bio-etica/documentos/76256/principios-generales-de-etica>

## ANEXOS

## Anexo 1

### Coping Adaptation Processing Scale

**Directions:** Sometimes people experience very difficult events or crises in their lives. Below is a list of ways in which people respond to those events. For each item, please circle the number closest to how you personally respond: 1 = never; 2 = rarely; 3 = sometimes; or 4 = always.

"When I experience a crisis, or extremely difficult event, I..."

1 = NEVER  
2 = RARELY  
3 = SOMETIMES  
4 = ALWAYS

	Never	Rarely	Sometimes	Always
1. Can follow a lot of directions at once, even in a crisis	1	2	3	4
2. Call the problem what it is and try to see the whole picture	1	2	3	4
3. Gather as much information as possible to increase my options	1	2	3	4
4. Generally try to make everything work in my favor	1	2	3	4
5. Can think of nothing else, except what's bothering me	1	2	3	4
6. Try to get more resources to deal with the situation	1	2	3	4
7. Use humor in handling the situation	1	2	3	4

Go to next page



### Coping Adaptation Processing Scale

"When I experience a crisis, or extremely difficult event, I..."

	Never	Rarely	Sometimes	Always
8. Am more effective under stress	1	2	3	4
9. Take strength from spirituality or the successes of courageous people	1	2	3	4
10. Can benefit from my past experiences for what is happening now	1	2	3	4
11. Try to be creative and come up with new solutions	1	2	3	4
12. Brainstorm as many possible solutions as I can even if they seem far out	1	2	3	4
13. Find I become ill	1	2	3	4
14. Too often give up easily	1	2	3	4
15. Develop a plan with a series of actions to deal with the event	1	2	3	4

End

**Anexo 2**

**Anexo 3**

Carnet N° 16.163.249-K

N° 1093/10



**PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD CATOLICA  
DE VALPARAISO  
CHILE**

**CERTIFICADO**

Certifico que según consta del Decreto de Rectoría N° 1671/10 de 6 de Septiembre de 2010 se ha conferido el Título de Traductor Inglés-Español a doña ADRIANA ESTEFANIA GAETE VERGARA.

Valparaíso, 23 de Septiembre de 2010

  
*Arturo Mena Lorca*  
Secretario General

## **Anexo 4**

Carnet Nº 16.323.506-4

Nº 1165/10

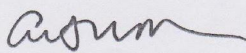


PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD CATOLICA  
DE VALPARAISO  
CHILE

CERTIFICADO

Certifico que según consta del Decreto de Rectoría Nº 1669/10 de 6 de Septiembre de 2010 se ha conferido el Título de Traductor Inglés-Español a doña CAROLINA DE JESUS PIÑA VELASCO.

Valparaíso, 30 de Septiembre de 2010

  
Arturo Mena Lorca  
Secretario General



Certifico que la presente fotocopia es fie del documento original, tenido a la vista.

Viña del Mar: 29 DIC. 2016  
ELIANA GERVASIO ZAMUDIO  
NOTARIO PUBLICO



**FECHA**

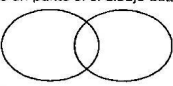
**MES**

**¿QUIERES CONOCER COMO TE  
HAS ADAPTADO A TU  
ENFERMEDAD?**

SOLO TARDARÁS UNOS MINUTOS....  
DEBES CONTESTAR UNAS BREVES PREGUNTAS Y CONOCERÁS EL NIVEL DE  
ADAPTACIÓN A TU ENFERMEDAD. ADEMÁS PODRÁS RECIBIR ASESORIA  
GRATUITA.

Anexo 6

**EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)**

<p><b>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</b></p> <p>Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana</p> <p>Anote un punto por cada respuesta correcta</p>	<p>BIEN MAL N.S N.R</p> <p>Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Día mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Día semana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N S = No sabe N R = No responde</p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>
<p><b>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</b></p> <p>Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> <p>Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p>	<p>CORRECTA NO SABE</p> <p>Arbol ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Avión ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p> <p>Número de repeticiones .....</p>
<p><b>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</b></p> <p>1 3 5 7 9</p> <p>Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente</p> <p>La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej. 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p>	<p>Respuesta Entrevistado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Respuesta Correcta 9 7 5 3 1</p> <p>N° de dígitos en el orden correcto <input type="text"/></p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>
<p><b>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</b></p> <p>Entreguéle el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p>	<p>Ninguna acción ..... 0</p> <p>Correcto</p> <p>Toma papel con la mano derecha ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Dobla por la mitad con ambas manos ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Coloca sobre las piernas ..... <input type="checkbox"/></p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>
<p><b>5. Hace un momento le lei una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</b></p> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.</p>	<p>CORRECTO INCORRECTO NR</p> <p>Arbol ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Avión ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>
<p><b>6. Por favor copie este dibujo:</b></p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> 	<p>CORRECTO INCORRECTO NR</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>
<p><b>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</b></p>	<p>Suma total = <input type="text"/></p> <p>El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos. Normal = <math>\geq 14</math> Alterado = <math>\leq 13</math></p>

## Anexo 7

### Caracterización de la muestra

Marque con una X la alternativa que corresponde.

#### I. Datos Sociodemográficos

1. Edad

2. Sexo  1. Hombre  2. Mujer

3. Nivel educacional  1. Escolar completa  2. Escolar Incompleta  3. Media Completa  
 4. Media Incompleta  5. Universitario

4. Estado Civil  1. Soltero/a  2. Casado/a  3. Viudo/a  
 4. Separado  5. Divorciado

Elaborado por: Angélica Luarte B

## **Anexo 8**

## **Anexo 9**

**“Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido”**  
Zim et G, Dahlem, Zim et S, Farley G, 1988

A continuación encontrarás una serie de preguntas respecto al apoyo que sientes frente a diferentes situaciones, marca con una X la respuesta que más identifica tu situación (el 1 significa casi nunca, 2 a veces, 3 con frecuencia, y 4 siempre o casi siempre):

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre
1. Cuando necesito algo, sé que alguien me puede ayudar	1	2	3	4
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme	1	2	3	4
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	1	2	3	4
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	1	2	3	4
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	1	2	3	4
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	1	2	3	4
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	1	2	3	4
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	1	2	3	4
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4

## **Anexo 10**

Valparaíso, Mayo 2016

Jessica Cardenas R.  
Presidenta Corporación de Ostromizados V Región  
Presente

De mi consideración:


Junto con saludarle y en virtud del estudio de investigación "Validación de la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) en adultos con enfermedades crónicas en Chile" en el marco del proyecto de tesis que conduce al grado de Magister en Enfermería Mención Gestión del Cuidado de la Universidad de Valparaíso.

Vengo a solicitar mediante la presente carta, autorización para aplicar la Escala de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) versión corta, en un grupo de personas que asisten a la Corporación de Ayuda al Ostromizado. Dicho estudio es de alto interés y beneficio tanto para las personas ostromizadas como para la investigación en Enfermería.

Agradeciendo la acogida de la presente, le saluda cordialmente a usted.



Jessica Cardenas R.  
Presidenta CORAOS  
Valparaíso



Angélica Luardo B  
Magister Enfermería (c)  
Mención Gestión del Cuidado  
Universidad de Valparaíso



Valparaíso, Junio 2016

Dr. Manuel Mella S.  
Director Médico  
Casa Acogida CONAC  
Presente

De mi consideración:

Junto con saludarle y en virtud de la investigación "*Validación de la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)*" en adultos con enfermedades crónicas en Chile" en el marco del proyecto de tesis que conduce al grado de Magister en Enfermería Mención Gestión del Cuidado de la Universidad de Valparaíso.

Vengo a solicitar a usted colaboración y autorización para la aplicación de la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) en un grupo de pacientes que asistan a la casa de acogida CONAC, previa autorización de los mismos y aplicación de un consentimiento informado.

Dicho estudio es de alto interés y beneficio para el desarrollo de la investigación en la disciplina de Enfermería:

Agradeciendo la acogida de la presente, le saluda cordialmente a usted.

Dr. Manuel Mella S.  
Director Médico  
Casa de Acogida CONAC



Angélica Luardo B  
Magíster Enfermería (c)  
Mención Gestión del Cuidado  
Universidad de Valparaíso



Viña del mar, Junio 2016

Mariela Muñoz C.  
Administradora filial  
Fundación diabetes juvenil de Chile  
Presente

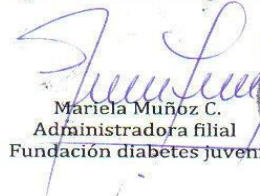
De mi consideración:

Junto con saludarle y en virtud de la investigación "*Validación de la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)*" en adultos con enfermedades crónicas en Chile" en el marco del proyecto de tesis que conduce al grado de Magister en Enfermería Mención Gestión del Cuidado de la Universidad de Valparaíso.

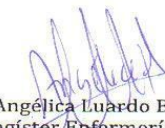
Vengo a solicitar a usted colaboración y autorización para la aplicación de la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) a un grupo de pacientes que asiste a la fundación de diabetes juvenil, previa autorización de los mismos y aplicación de un consentimiento informado.

Dicho estudio es de alto interés y beneficio para el desarrollo de la investigación en la disciplina de Enfermería.

Agradeciendo la acogida de la presente, le saluda cordialmente a usted.



Mariela Muñoz C.  
Administradora filial  
Fundación diabetes juvenil de Chile



Angélica Luardo B  
Magíster Enfermería (c)  
Mención Gestión del Cuidado  
Universidad de Valparaíso



Valparaíso, Mayo 2016

Dr. José Toro Cornejo  
Director Técnico Centro de diálisis  
HEMOVAL  
Presente


De mi consideración:

Junto con saludarle y en virtud de la investigación "*Validación de la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)*" en adultos con enfermedades crónicas en Chile" en el marco del proyecto de tesis que conduce al grado de Magister en Enfermería Mención Gestión del Cuidado de la Universidad de Valparaíso.

Vengo a solicitar a usted colaboración y autorización para la aplicación de la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) en un grupo de pacientes que se encuentren en hemodiálisis en su centro, previo aplicación de un consentimiento informado.

Dicho estudio es de alto interés y beneficio para el desarrollo de la investigación en la disciplina de Enfermería.

Agradeciendo la acogida de la presente, le saluda cordialmente a usted.



José Toro C.  
Director técnico  
Centro de diálisis HEMOVAL

**SOC. HEMOVAL**  
SOC. DE HEMODIALISIS VALPSO. LTDA.  
Rut.: 79.672.650 - 4  
Edwards 660 Piso 4  
F. 2218000 - Fax: 2237229 - Valpso.



Angélica Luardo B  
Magíster Enfermería (c)  
Mención Gestión del Cuidado  
Universidad de Valparaíso

## Anexo 11

**ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 58/2016**

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Jonathan Aránguiz, Kinesiólogo; Alberto Moreno, profesor de educación física; Carlos Varas, psicólogo; Magdalena Silva, enfermera – matrona; y Jessica Salgado, psicopedagoga, en su sesión del día 10 de noviembre de 2016, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “Validación exploratoria de la Escala de Adaptación y Afrontamiento (CAPS) versión abreviada en adultos con enfermedades crónicas en Chile.”, presentado por la investigadora responsable Angélica Luardo, de profesión Enfermera, adscrita a esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 31/2016, versión en español.
2. Hoja Informativa y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.
3. *Currículum Vitae* del investigador responsable.
4. Cartas de autorización para aplicación de instrumentos de recolección de datos: Corporación de Ostomizados de la V Región, Fundación Diabetes Juvenil de Chile, Centro de Diálisis HEMOVAL, Casa de Acogida Corporación Nacional del Cáncer de Valparaíso.
5. Instrumento de recolección de datos.

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar al estudio de la validez de la Escala de Adaptación y Afrontamiento a la enfermedad crónica (CAPS). El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos, estimados en una cuantía no mayor a la habitual exposición de los sujetos de investigación.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco

**COMITÉ DE BIOÉTICA - FACULTAD DE MEDICINA**

Angamos #655, Reñaca, Viña del Mar. Teléfono: (32) 260 30 02 - E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl

remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de la entrevista. Así también, el investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.


4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo en los centros anteriormente mencionados durante el año 2016 bajo la supervisión de la investigadora responsable, Angélica Luardo, Enfermera. La ejecución del protocolo queda sujeta, además, a la aprobación que otorgare el Comité Ético-Científico del centro asistencial, si correspondiere. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, según proceda.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Jimena Le Roy Barria  
Presidenta



Eva Sotelo Trujillo  
Vicepresidenta

Valparaíso, 24 de noviembre de 2016



C/C.

- Secretaría CBI-FAMED
- Comisión de Investigación Facultad de Medicina

**COMITÉ DE BIOÉTICA - FACULTAD DE MEDICINA**

Angamos #655, Reñaca, Viña del Mar. Teléfono: (32) 260 30 02 - E-mail: [etica.facultadmedicina@uv.cl](mailto:etica.facultadmedicina@uv.cl)

## Anexo 12



FACULTAD DE MEDICINA  
Comité de Bioética  
para la Investigación

### Consentimiento Informado

#### Información para participantes en estudio de validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y Afrontamiento (CAPS)

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio "Validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y afrontamiento (CAPS) versión abreviada en adultos con Enfermedades crónicas en Chile." Usted ha sido elegido por presentar la condición de poseer una enfermedad crónica y cumplir con el criterio de ser mayor de 18 años.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

**1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación**

La investigación mencionada se realizará durante el segundo semestre del año 2016 en la Corporación de Ayuda al Ostromizado de Valparaíso (CORAOS) ubicada en calle Condell 1176, 3º piso, Valparaíso.

**2. Motivación y propósito del estudio**

El propósito de este estudio es validar un cuestionario que permita explorar con certeza científica acerca de las formas a través de las cuales las personas se adaptan a las situaciones de salud que enfrentan. De este modo las intervenciones de enfermería se podrán orientar con mayor precisión hacia el desarrollo de habilidades que favorezcan una mejor recuperación.

**3. En qué consiste su participación**

La participación a dicho estudio es de carácter voluntario y consiste en completar una encuesta auto aplicada denominada "Escala del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) versión abreviada", que cuenta con 15 enunciados, en la cual usted invertirá aproximadamente 15 minutos de su tiempo y será aplicada en un espacio privado habilitado para este fin.

**4. Riesgos**

No existen riesgos posibles o molestias previstas para el participante.

**5. Beneficios**

El estudio no beneficiará directamente a los participantes, sin embargo al validar el instrumento otros investigadores podrán hacer uso de él con el fin de mejorar la atención de enfermería brindando cuidados holísticos y de calidad.

**6. Costos y pagos**

La aplicación de dicha encuesta no implica un gasto para usted. El consultado no recibirá dinero por concepto de pago de participación en el estudio y el investigador no recibirá un pago por la realización de la investigación.



COMITÉ DE BIOÉTICA - FACULTAD DE MEDICINA

## 7. Derechos del participante

### a. A manifestar dudas, preguntas

El participante tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador en cualquier momento de la aplicación de la encuesta, y en caso de que requiera aclaraciones respecto a la investigación se podrá contactar con la investigadora Angélica Luardo al siguiente número telefónico +56982340854 o correo electrónico [angeluardo@gmail.com](mailto:angeluardo@gmail.com)

### b. A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento

Usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, comunicándose al investigador principal o a los co-investigadores. Su retiro no lo perjudicará en caso alguno, es decir, no afectará en el tratamiento que se le esté brindando, ni se interrumpirán los beneficios o la atención a la que esté accediendo.

### c. A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.

En caso de que determine la necesidad de ofrecer algún apoyo de tipo psicológico a lo largo de la investigación, se le ofrecerá la posibilidad de ser derivado al Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad.

## 8. Confidencialidad

### a. Reserva de la identidad del participante

Los datos obtenidos son de carácter confidencial, es decir, su nombre no será dado a conocer. En su lugar, se utilizará un código numérico y sólo podrán ser utilizados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.

### b. De los datos personales y sensibles

El registro de los datos será resguardado por un período de tres años posterior a su aplicación para después proceder a su destrucción. Estos archivos serán resguardados en la oficina del co-investigador ubicada en Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso, Blas Cuevas #1028, Valparaíso.

## 9. Difusión y entrega de los resultados

Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando su identidad. Además tendrá acceso a los resultados, si lo requiere.

## 10. Evaluación Ética Científica

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED), de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-260 30 02 (secretaría) o mail: [etica.facultadmedicina@uv.cl](mailto:etica.facultadmedicina@uv.cl)



**Acta de Consentimiento Informado para participantes en validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y afrontamiento (CAPS) versión abreviada.**

Yo,....., C.I. ...., declaro que el investigador principal Angélica Luardo Barros, Enfermera - Estudiante de Magíster, y Paulina Hurtado Arenas co-investigadora de la Facultad de Medicina Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Blas Cuevas #1028 de la ciudad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y Afrontamiento (CAPS) versión abreviada en adultos con Enfermedades crónicas en Chile" que llevarán a cabo en la Corporación de ayuda al Ostomizado de Valparaíso (CORAOS) ubicada en calle Condell 1176, 3º piso, Valparaíso. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con la investigadora. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante  
C.I.:  
Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable  
C.I.:  
Fecha:



Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado  
C.I.:  
Fecha:

Valparaíso,.....de ..... de 20.....



**COMITÉ DE BIOÉTICA - FACULTAD DE MEDICINA**

Angamos #655, Reñaca, Viña del Mar. Teléfono: (32) 260 30 02 - E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl

## Formulario de Consentimiento Informado

### Información para participantes en validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y Afrontamiento (CAPS)

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio "Validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y afrontamiento (CAPS) versión corta en adultos con Enfermedades crónicas en Chile." Usted ha sido elegido por presentar la condición de poseer una enfermedad crónica y cumplir con el criterio de ser mayor de 18 años.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

#### 1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación

La investigación mencionada se realizará durante el segundo semestre del año 2016 en la Fundación de diabetes juvenil de Chile, ubicada en Avenida Valparaíso #507, oficina 208, Edificio Portal Álamos, Viña del Mar.

#### 2. Motivación y propósito del estudio

El propósito de este estudio es validar un cuestionario que permita explorar con certeza científica acerca de las formas a través de las cuales las personas se adaptan a las situaciones de salud que enfrentan. De este modo las intervenciones de enfermería se podrán orientar con mayor precisión hacia el desarrollo de habilidades que favorezcan una mejor recuperación.

#### 3. En qué consiste su participación

La participación a dicho estudio es de carácter voluntario y consiste en completar una encuesta auto aplicada denominada "Escala del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) versión corta", cuenta con 15 enunciados, en la cual usted invertirá aproximadamente 15 minutos de su tiempo y será aplicado en un espacio privado habilitado para este fin.

#### 4. Riesgos

No existen riesgos posibles o molestias previstas para el participante.

#### 5. Beneficios

El estudio beneficiará indirectamente a los participantes, puesto que al validar el instrumento otros investigadores podrán hacer uso de él con el fin de mejorar la atención de enfermería brindando cuidados holísticos y de calidad.

#### 6. Costos y pagos

La aplicación de dicha encuesta no implica un gasto para usted. El consultado no recibirá dinero por concepto de pago de participación en el estudio y el investigador no recibirá un pago por la realización de la investigación.



## 7. Derechos del participante

### a. A manifestar dudas, preguntas

El participante tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador en cualquier momento de la aplicación de la encuesta, y en caso de que requiera aclaraciones respecto a la investigación se podrá contactar con el investigador Angélica Luardo al siguiente número telefónico +56982340854 o correo electrónico [angeluardo@gmail.com](mailto:angeluardo@gmail.com).

### b. A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento

Usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, comunicándose al investigador principal o a los co-investigadores, su retiro no lo perjudicará en caso alguno, es decir, no afectará en el tratamiento que se le esté brindando, ni se interrumpirán los beneficios o la atención a la que esté accediendo.

### c. A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.

La investigación ofrece para usted el derecho a ser derivado al centro de atención psicológica (CAPSI) si fuese necesario durante la investigación.

### d. A recibir información relevante derivada de la investigación que lo pueda beneficiar o hacer cambiar su opinión respecto de su participación.

Los participantes tendrán derecho a conocer los avances y resultados de dicho estudio.

## 8. Confidencialidad

### a. Reserva de la identidad del participante

Los datos obtenidos son de carácter confidencial, es decir, su nombre no será dado a conocer. En su lugar, se utilizará un código numérico y sólo podrán ser utilizados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.

### b. De los datos personales y sensibles

El registro de los datos será resguardado por un período de tres años posterior a su aplicación para después proceder a su destrucción. Estos archivos serán resguardados en la oficina del co-investigador ubicada en Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso, Blas Cuevas #1028.

## 9. Difusión y entrega de los resultados

Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando su identidad. Además tendrá acceso a los resultados, si lo requiere.

## 10. Evaluación Ética Científica

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED), de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-250 73 70 o E-mail: [etica.facultadmedicina@uv.cl](mailto:etica.facultadmedicina@uv.cl).



**Acta de Consentimiento Informado para participantes en validación exploratoria  
de la Escala Proceso de Adaptación y afrontamiento (CAPS).**

Yo,....., C.I. ...., Declaro que el investigador principal Angélica Luardo Barros, Enfermera - Estudiante de Magíster , y Paulina Hurtado Arenas co-investigadora de la Facultad de Medicina Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Blas Cuevas #1028 de la ciudad de Valparaíso, me ha/n informado en forma completa en qué consiste la investigación "Validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y afrontamiento (CAPS) versión corta en adultos con Enfermedades crónicas en Chile" que llevarán a cabo en la Fundación de diabetes juvenil de Chile, ubicada en Avenida Valparaíso #507, oficina 208, Edificio Portal Álamos, Viña del Mar. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante

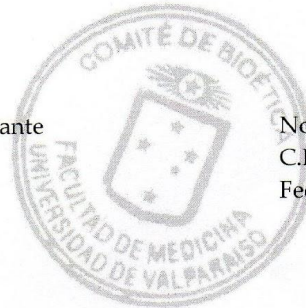
C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.:

Fecha:



Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

C.I.:

Fecha:

Valparaíso,.....de .....de 201..



## Consentimiento Informado

### Información para participantes en estudio de validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y Afrontamiento (CAPS)

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio "Validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y afrontamiento (CAPS) versión abreviada en adultos con Enfermedades crónicas en Chile". Usted ha sido elegido por presentar la condición de poseer una enfermedad crónica y cumplir con el criterio de ser mayor de 18 años.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

**1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación**

La investigación mencionada se realizará durante el segundo semestre del año 2016 en la Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), ubicada calle El Litre #965, Valparaíso.

**2. Motivación y propósito del estudio**

El propósito de este estudio es validar un cuestionario que permita explorar con certeza científica acerca de las formas a través de las cuales las personas se adaptan a las situaciones de salud que enfrentan. De este modo las intervenciones de enfermería se podrán orientar con mayor precisión hacia el desarrollo de habilidades que favorezcan una mejor recuperación.

**3. En qué consiste su participación**

La participación a dicho estudio es de carácter voluntario y consiste en completar una encuesta auto aplicada denominada "Escala del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) versión abreviada", que cuenta con 15 enunciados, en la cual usted invertirá aproximadamente 15 minutos de su tiempo y será aplicada en un espacio privado habilitado para este fin.

**4. Riesgos**

No existen riesgos posibles o molestias previstas para el participante.

**5. Beneficios**

El estudio no beneficiará directamente a los participantes, sin embargo al validar el instrumento otros investigadores podrán hacer uso de él con el fin de mejorar la atención de enfermería brindando cuidados holísticos y de calidad.

**6. Costos y pagos**

La aplicación de dicha encuesta no implica un gasto para usted. El consultado no recibirá dinero por concepto de pago de participación en el estudio y el investigador no recibirá un pago por la realización de la investigación.



7. **Derechos del participante**

a. **A manifestar dudas, preguntas**

El participante tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador en cualquier momento de la aplicación de la encuesta, y en caso de que requiera aclaraciones respecto a la investigación se podrá contactar con la investigadora Angélica Luardo al siguiente número telefónico +56982340854 o correo electrónico [angeluardo@gmail.com](mailto:angeluardo@gmail.com)

b. **A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento**

Usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, comunicándose al investigador principal o a los co-investigadores. Su retiro no lo perjudicará en caso alguno, es decir, no afectará en el tratamiento que se le esté brindando, ni se interrumpirán los beneficios o la atención a la que esté accediendo.

c. **A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.**

En caso de que determine la necesidad de ofrecer algún apoyo de tipo psicológico a lo largo de la investigación, se le ofrecerá la posibilidad de ser derivado al Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad.

8. **Confidencialidad**

a. **Reserva de la identidad del participante**

Los datos obtenidos son de carácter confidencial, es decir, su nombre no será dado a conocer. En su lugar, se utilizará un código numérico y sólo podrán ser utilizados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.

b. **De los datos personales y sensibles**

El registro de los datos será resguardado por un período de tres años posterior a su aplicación para después proceder a su destrucción. Estos archivos serán resguardados en la oficina del co-investigador ubicada en Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso, Blas Cuevas #1028, Valparaíso.

9. **Difusión y entrega de los resultados**

Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando su identidad. Además tendrá acceso a los resultados, si lo requiere.

10. **Evaluación Ética Científica**

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED), de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-260 30 02 (secretaría) o [etica.facultadmedicina@uv.cl](mailto:etica.facultadmedicina@uv.cl)



**COMITÉ DE BIOÉTICA - FACULTAD DE MEDICINA**

Angamos #655, Reñaca, Viña del Mar. Teléfono: (32) 260 30 02 - E-mail: [etica.facultadmedicina@uv.cl](mailto:etica.facultadmedicina@uv.cl) 2

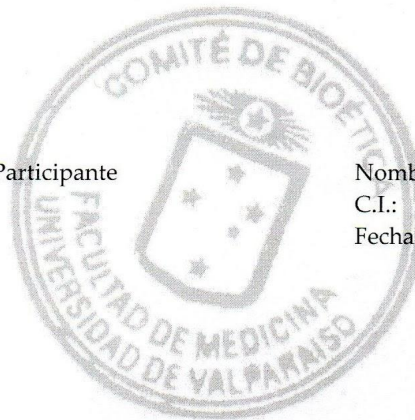
**Acta de Consentimiento Informado para participantes en validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y afrontamiento (CAPS) versión abreviada.**

Yo,....., C.I. ...., declaro que el investigador principal Angélica Luardo Barros, Enfermera - Estudiante de Magíster, y Paulina Hurtado Arenas co-investigadora de la Facultad de Medicina Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Blas Cuevas #1028 de la ciudad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y Afrontamiento (CAPS) versión abreviada en adultos con Enfermedades crónicas en Chile" que llevarán a cabo en la Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), ubicada calle El Litre #965, Valparaíso. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con la investigadora. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante  
C.I.:  
Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable  
C.I.:  
Fecha:



Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado  
C.I.:  
Fecha:

Valparaíso,.....de ..... de 201.....



**COMITÉ DE BIOÉTICA - FACULTAD DE MEDICINA**

Angamos #655, Reñaca, Viña del Mar. Teléfono: (32) 260 30 02 - E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl 3

## Consentimiento Informado

### Información para participantes en estudio de validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y Afrontamiento (CAPS)

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio “Validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y afrontamiento (CAPS) versión abreviada en adultos con Enfermedades crónicas en Chile.” Usted ha sido elegido por presentar la condición de poseer una enfermedad crónica y cumplir con el criterio de ser mayor de 18 años.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

#### 1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación

La investigación mencionada se realizará durante el segundo semestre del año 2016 en la Sociedad de hemodiálisis Valparaíso (HEMOVAL), ubicado en calle Edwards #660, piso 4, Edificio Enrique Deformes, Valparaíso.

#### 2. Motivación y propósito del estudio

El propósito de este estudio es validar un cuestionario que permita explorar con certeza científica acerca de las formas a través de las cuales las personas se adaptan a las situaciones de salud que enfrentan. De este modo las intervenciones de enfermería se podrán orientar con mayor precisión hacia el desarrollo de habilidades que favorezcan una mejor recuperación.

#### 3. En qué consiste su participación

La participación a dicho estudio es de carácter voluntario y consiste en completar una encuesta auto aplicada denominada “Escala del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) versión abreviada”, que cuenta con 15 enunciados, en la cual usted invertirá aproximadamente 15 minutos de su tiempo y será aplicada en un espacio privado habilitado para este fin.

#### 4. Riesgos

No existen riesgos posibles o molestias previstas para el participante.

#### 5. Beneficios

El estudio no beneficiará directamente a los participantes, sin embargo al validar el instrumento otros investigadores podrán hacer uso de él con el fin de mejorar la atención de enfermería brindando cuidados holísticos y de calidad.

#### 6. Costos y pagos

La aplicación de dicha encuesta no implica un gasto para usted. El consultado no recibirá dinero por concepto de pago de participación en el estudio y el investigador no recibirá un pago por realización de la investigación.



## 7. Derechos del participante

### a. A manifestar dudas, preguntas

El participante tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador en cualquier momento de la aplicación de la encuesta, y en caso de que requiera aclaraciones respecto a la investigación se podrá contactar con la investigadora Angélica Luardo al siguiente número telefónico +56982340854 o correo electrónico [angeluardo@gmail.com](mailto:angeluardo@gmail.com).

### b. A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento

Usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, comunicándose al investigador principal o a los co-investigadores. Su retiro no lo perjudicará en caso alguno, es decir, no afectará en el tratamiento que se le esté brindando, ni se interrumpirán los beneficios o la atención a la que esté accediendo.

### c. A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.

En caso de que determine la necesidad de ofrecer algún apoyo de tipo psicológico a lo largo de la investigación, se le ofrecerá la posibilidad de ser derivado al Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad.

## 8. Confidencialidad

### a. Reserva de la identidad del participante

Los datos obtenidos son de carácter confidencial, es decir, su nombre no será dado a conocer. En su lugar, se utilizará un código numérico y sólo podrán ser utilizados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.

### b. De los datos personales y sensibles

El registro de los datos será resguardado por un período de tres años posterior a su aplicación para después proceder a su destrucción. Estos archivos serán resguardados en la oficina del co-investigador ubicada en Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso, Blas Cuevas #1028, Valparaíso.

## 9. Difusión y entrega de los resultados

Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando su identidad. Además tendrá acceso a los resultados, si lo requiere.

## 10. Evaluación Ética Científica

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (COMIBIO) de la Facultad de Medicina (FAMED), de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-260 30 02 (secretaría) o [etica.facultadmedicina@uv.cl](mailto:etica.facultadmedicina@uv.cl)



**Acta de Consentimiento Informado para participantes en validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y afrontamiento (CAPS) versión abreviada.**

Yo,....., C.I. ...., declaro que el investigador principal Angélica Luardo Barros, Enfermera - Estudiante de Magíster , y Paulina Hurtado Arenas co-investigadora de la Facultad de Medicina Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Blas Cuevas #1028 de la ciudad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Validación exploratoria de la Escala Proceso de Adaptación y Afrontamiento (CAPS) versión abreviada en adultos con Enfermedades crónicas en Chile" que llevarán a cabo en la Sociedad de hemodiálisis Valparaíso (HEMOVAL), ubicado en calle Edwards #660, piso 4, Edificio Enrique Deformes, Valparaíso. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con la investigadora. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante  
C.I.:  
Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable  
C.I.:  
Fecha:



Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado  
C.I.:  
Fecha:

Valparaíso,.....de ..... de 201..



## Anexo 13

**Escala de Procesos de Adaptación y Afrontamiento**

"

**Instrucciones:** "En ocasiones las personas atraviesan por situaciones difíciles o crisis en su vida. A continuación, se presenta una lista de distintas formas en que las personas responden a dichas situaciones. Para cada ítem, por favor encierre en un círculo el número que mejor representa su forma personal de responder a estos eventos. 1: 'nunca', 2: 'casi nunca', 3: 'a veces', 4: 'siempre'."

"

Quando vivo una crisis, o una situación muy difícil, yo..."

"

"1" = "NUNCA"  
"2" = "CASI NUNCA"  
"3" = "A VECES"  
"4" = "SIEMPRE"

"

"

	Nunca"	Casi Nunca"	A veces"	Siempre"
1. "Puedo seguir varias instrucciones a la vez, incluso durante una crisis."	1"	2"	3"	4"
2. "Llamo al problema por su nombre e intento verlo desde lejos."	1"	2"	3"	4"
3. "Reúno la mayor cantidad de información posible para mejorar mis opciones."	1"	2"	3"	4"
4. "Generalmente intento que todo resulte a mi favor."	1"	2"	3"	4"
5. "No puedo pensar en nada más, excepto aquello que me molesta."	1"	2"	3"	4"
6. "Trato de buscar todos los recursos para lidiar con la situación."	1"	2"	3"	4"
7. "Uso el humor para manejar la situación."	1"	2"	3"	4"

"

"

"

"

"

Vaya a la siguiente página"

1"



"

“ “

**Escala del Proceso de Adaptación y Frontamiento**

“ “  
 Cuando vivo una crisis, b'una situación muy difícil, yo...”

“	Nunca”	Rara Vez”	A veces”	Siempre”
8. "Soy más eficaz bajo presión"	1"	2"	3"	4"
9. "Me fortalece de la espiritualidad o del éxito de las personas valientes."	1"	2"	3"	4"
10. "Puedo beneficiarme de mis experiencias pasadas, para lo que está pasando ahora."	1"	2"	3"	4"
11. "Intento ser creativo/a y buscar nuevas soluciones."	1"	2"	3"	4"
12. " Reúno todas las soluciones posibles, aunque parezcan lejanas."	1"	2"	3"	4"
13. "Me siento enfermo/a"	1"	2"	3"	4"
14. "A menudo me doy por vencido/a fácilmente."	1"	2"	3"	4"
15. "Desarrollo un plan con una serie de acciones para afrontar la situación."	1"	2"	3"	4"

“ “  

Fin”

 “

“ “  
 2”

## Anexo 14

### Coping and Adaptation Processing Scale

Instructions: "Sometimes people go through difficult situations or crises in their lives. Below is a list of different ways in which people respond to such situation. For each item, please enclose in a circle the number that best represents your personal way of responding to these events."

When I live a crisis or a difficult situation, I...

"1" = "Never"  
"2" = "Almost never"  
"3" = "Sometimes"  
"4" = "Always"

	Never	Almost never	Sometimes	Always
1. "I can follow many instructions at the same time, even in a crisis."	1"	2"	3"	4"
2. "I call the problem by its name and try to see it from a distance"	1"	2"	3"	4"
3. "I gather as much information as possible so as to improve my options."	1"	2"	3"	4"
4. "I usually try to do everything in my favor."	1"	2"	3"	4"
5. "I can't think of anything else, except what bothers me."	1"	2"	3"	4"
6. "I try to find all the resources to deal with the situation."	1"	2"	3"	4"
7. "I use the humor to handle the situation."	1"	2"	3"	4"

Go to "next page"

1"





**Coping and Adaptation Processing Scale**

When I live a crisis or a difficult situation, I...

	Never	Almost never	Sometimes	Always
8. I am more effective under pressure.	1	2	3	4
9. I strengthen myself from the spirituality or success of brave people.	1	2	3	4
10. I can benefit from my past experiences for what is happening now.	1	2	3	4
11. I try to be creative and find new solutions.	1	2	3	4
12. I gather all possible solutions even if they seem distant.	1	2	3	4
13. I feel sick.	1	2	3	4
14. I often give up easily.	1	2	3	4
15. I develop a plan with a series of actions to deal with the situation.	1	2	3	4

End of test

## Anexo 15

**Análisis final de Escala del proceso "de adaptación y afrontamiento" CAPS**

Texto'	Instrumento' original del autor'	Instrumento' analizado por el investigador'	Comentarios'
<b>Título'</b>	Coping!Adaptation! Processing!Scale!	Coping!and! Adaptation! Processing!Scale!!	!
<b>Instrucciones'</b>	Directions! Sometimes!people! experience!very! difficult!events!or! crises!in!their!lives! Below!is!a!list!of! ways!in!which!people! respond!to!those! events!	Instructions! Sometimes!people!go! through!difficult! situations!or!crisis!in! their!lives!Below!is!a! list!of!different!ways! in!which!people! respond!to!such! situation!	!
<b>Alternativas'</b>	For!each!item,!please! circle!the!number! closest!to!how!you! personally!respond! 1!=!never;!2!=!rarely;! 3!=!sometimes;!or!4!=! always!  "When!I!experience!a! crisis,!or!extremely! difficult!event,!I..."  !	For!each!item,!please! enclose!in!a!circle!the! number! that! best! represents! your! personal! way! of! responding! to! these! events!! 1!:! never,! 2!:! almost! never,! 3!:! sometimes,!4!:!always! ! "When!I!live!a! crisis! or! a! difficult! situation,!I..." !	!
<b>Item '1'</b>	Can!follow!a!lot!of! directions!at!once,! even!in!a!crisis!	I!can!follow!many! instructions!at!the! same!time,!even!in!a! crisis!	!
<b>Item '2'</b>	Call!the!problem! what!it!is!and!try!to! see!the!whole!picture!	I!call!the!problem!by! its!name!and!try!to! see!it!from!a!distance!	!
<b>Item '3'</b>	Gather!as!much! information!as! possible!to!increase! my!options!	I!gather!as!much! information!as! possible!so!as!to! improve!my!options!	!
<b>Item '4'</b>	Generally!try!to!make! everything!work!in! my!favor!	I! usually! try! to! do! everything! in! my! favor!	!

<b>Item 5</b>	Can think of nothing else, except what's bothering me	I cant think of anything else, except what bothers me.	
<b>Item 6</b>	Try to get more resources to deal with the situation	I try to find all the resources to deal with the situation.	
<b>Item 7</b>	Use humor in handling the situation	I use humor to handle the situation.	
<b>Item 8</b>	Am more effective under stress	I am more effective under pressure.	
<b>Item 9</b>	Take strength from spirituality or the successes of courageous people	I strengthen myself from the spirituality or success of brave people.	
<b>Item 10</b>	Can benefit from my past experiences for what is happening now.	I can benefit from my past experiences, for what is happening now.	
<b>Item 11</b>	Try to be creative and come up with new solutions	I try to be creative and find new solutions.	
<b>Item 12</b>	Brainstorm as many possible solutions as I can even if they seem far out	I gather all possible solutions, even if they seem distant.	
<b>Item 13</b>	Find I become ill	I feel sick.	
<b>Item 14</b>	Too often give up easily	I often give up easily.	
<b>Item 15</b>	Develop a plan with a series of actions to deal with the event	I Develop a plan with a series of actions to deal with the situation.	

## Anexo 16

## Anexo 17

ITEMS	E1	E2	E3	E4
1. Puedo seguir varias instrucciones a la vez, incluso durante una crisis.	Pertinencia: Sí (Factor 3) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: Sí (Factor 3) Claridad: No Sugerencia: Puedo seguir varias instrucciones a la vez, es importante, ¿de qué tipo son las instrucciones? Y ¿quién da esas instrucciones?	Pertinencia: No (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: No me queda claro que tipo de instrucciones, que nivel de crisis (laboral, familiar, social)	Pertinencia: Sí (Factor 3) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna
2. Llamo al problema por su nombre e intento verlo desde lejos.	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Llamo al problema por su nombre e intento verlo desde lejos.	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Llamo al problema o a la situación que me preocupa por su nombre e intento verlo desde lejos (espero no involucrarme o para resolver mejor el problema!). Sería importante precisar la última parte que no queda clara.	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: "Intento verlo en todas sus dimensiones"	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna
3. Reúno la mayor cantidad de información posible para mejorar mis opciones.	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Reúno la mayor cantidad de información posible para resolver un problema	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Reúno la mayor cantidad de información posible para mejorar mis opciones frente a una situación muy difícil de vivir.	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Se sugiere modificar para mejor comprensión al lector. Reúno la mayor cantidad de información posible para mejorar mis opciones, decisiones
4. Generalmente intento que todo resulte a mi favor.	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Generalmente trato que todo resulte a mi favor.	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: No (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Si bien reflejan un comportamiento personal, la afirmación propuesta en la opciónativa no busca resultados excepcionales que le convenga	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna
5. No puedo pensar en nada más, excepto en aquello que me molesta.	Pertinencia: Sí (Factor 2) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: Sí (Factor 2) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: Sí (Factor 2) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: Sí (Factor 2) Claridad: No Sugerencia: Queda más clara si invertí la frase. Cuando algo me molesta, no puedo pensar en nada más.
6. Trato de buscar todos los recursos para lidiar con la situación.	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Trato de buscar todos los recursos para afrontar la situación.	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: Sí (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Trato de buscar todos los recursos para afrontar la situación.
7. Uso el humor para manejar la situación.	Pertinencia: Sí (Factor 5) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: Sí (Factor 5) Claridad: No Sugerencia: Uso el humor para manejar la situación que enfrento	Pertinencia: Sí (Factor 5) Claridad: No Sugerencia: "uso el humor para enfrentar la situación"	Pertinencia: Sí (Factor 5) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna
8. Soy más eficaz bajo presión.	Pertinencia: Sí (Factor 3) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: Sí (Factor 3) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: Sí (Factor 3) Claridad: No Sugerencia: Se refiere a lo normal, en lo sé o falta una frase	Pertinencia: Sí (Factor 3) Claridad: Sí Sugerencia: Ninguna



ITEMS	E5	E6	E7	Análisis Investigador
1. Puedo seguir/ver las instrucciones bien/claras, incluso durante una crisis.	Pertinencia: Si (Factor 3) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (Factor 3) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: No Claridad: Si Sugerencia: ¿Cómo identificar la palabra? Sugiero mejorar!	Pertinencia: Si (5/7) Claridad: Si (5/7) Comentarios: ítem 1, sin modificaciones
2. ¿La mala información por su malbrete! intento verlo desde lejos.	Pertinencia: Si (Factor 4) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (Factor 4) Claridad: No Sugerencia: ¿La mala información por su malbrete! intento verlo desde lejos. (sin involucrase.)	Pertinencia: Si (Factor 4) Claridad: No Sugerencia: ¿La mala información por su malbrete! intento verlo desde el punto de vista.	Pertinencia: Si (7/7) Claridad: No (5/7) Comentarios: Posterior a la relación conjunta con el docente y la relación de las sugerencias de los expertos se realiza modificación al ítem 2! "La mala información por su malbrete! intento verlo desde lejos"
3. ¿Reino la mayor cantidad de información posible para mejorar las opciones.	Pertinencia: Si (Factor 1) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: ¿Reino la mayor cantidad de información para mejorar las opciones.	Pertinencia: Si (Factor 1) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna	Pertinencia: Si (7/7) Claridad: No (4/7) Comentarios: Posterior a la relación conjunta con el docente y la relación de las sugerencias de los expertos se realiza modificación al ítem 3 "Reino la mayor cantidad de información para mejorar las opciones."
4. Generalmente intento que todo resulte a mi favor.	Pertinencia: Si (Factor 1) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Generalmente intento que todo resulte a mi favor.	Pertinencia: Si (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Frecuentemente intento que todo resulte a mi favor!	Pertinencia: Si (6/7) Claridad: No (4/3) Comentarios: Posterior a la relación conjunta con el docente y la relación de las sugerencias de los expertos se realiza modificación al ítem 4, puesto que las sugerencias cambian el sentido del ítem!
5. No puedo pensar en nada más, excepto en aquello que me molesta.	Pertinencia: Si (Factor 2) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (Factor 2) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (Factor 2) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (7/7) Claridad: Si (6/7) Comentarios: ítem 5, sin modificaciones
6. Trato de buscar todos los recursos para lidiar con la situación.	Pertinencia: Si (Factor 1) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Trato de buscar todos los recursos para enfrentar la situación.	Pertinencia: Si (Factor 1) Claridad: No Sugerencia: Trato de buscar todos los recursos para llevar, tratar la situación.	Pertinencia: Si (7/7) Claridad: No (4/3) Comentarios: Posterior a la relación conjunta con el docente y la relación de las sugerencias de los expertos se realiza modificación al ítem 6! "Trato de buscar todos los recursos para enfrentar la situación!"
7. Uso el humor para mejorar la situación.	Pertinencia: Si (Factor 5) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (Factor 5) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (Factor 5) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (7/7) Claridad: Si (5/7) Comentarios: ítem 7, sin modificaciones
8. Soy más eficaz bajo presión.	Pertinencia: Si (Factor 3) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (Factor 3) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (Factor 3) Claridad: Si Sugerencia: Ninguna.	Pertinencia: Si (7/7) Claridad: Si (6/7) Comentarios: ítem 8, sin modificaciones



## Anexo 18

**Escala de Proceso de Adaptación y Enfrentamiento (CAPS): Versión Breviada.**

"

**Instrucciones:** "En ocasiones las personas atraviesan por situaciones difíciles o crisis en su vida. A continuación, se presenta una lista de distintas formas en que las personas responden a dichas situaciones. Para cada ítem, por favor marca con una 'X' el número que mejor representa su forma personal de responder a estos eventos. 1: 'nunca', 2: 'casi nunca', 3: 'a veces', 4: 'siempre'"

"

Quando vivo una crisis, b'una situación muy difícil, yo...."

"

"1" = "NUNCA"  
"2" = "CASI NUNCA"  
"3" = "A VECES"  
"4" = "SIEMPRE"

"  
"

"	Nunca"	Casi Nunca"	A veces"	Siempre"
1. "Puedo seguir varias instrucciones a la vez, incluso durante una crisis."	1"	2"	3"	4"
2. "Llamo al problema por su nombre e intento mirarlo desde lejos."	1"	2"	3"	4"
3. "Reúno la mayor cantidad de información para mejorar mis opciones."	1"	2"	3"	4"
4. "Intento que todo resulte a mi favor."	1"	2"	3"	4"
5. "No puedo pensar en nada más, excepto aquello que me molesta."	1"	2"	3"	4"
6. "Trato de buscar todos los recursos para enfrentar la situación."	1"	2"	3"	4"
7. "Uso el humor para manejar la situación."	1"	2"	3"	4"

"

"

"

"

"

Vaya a la siguiente página"

1"



"

" "

" "

**Escala de Eficacia de Adaptación y Afrontamiento (CAPS): Versión Abreviada.**

"

Quando vivo una crisis, b'Una situación muy difícil, yo...."

"	Nunca"	Casi nunca"	A veces"	Siempre"
8. 'Soy más eficaz bajo presión"	1"	2"	3"	4"
9. 'Me fortalece la espiritualidad o el éxito de las personas valientes."	1"	2"	3"	4"
10. 'Puedo beneficiarme de mis experiencias pasadas, para lo que está pasando ahora."	1"	2"	3"	4"
11. 'Intento ser creativo/a y buscar nuevas soluciones."	1"	2"	3"	4"
12. ' Reúno todas las soluciones posibles, aunque parezcan lejanas."	1"	2"	3"	4"
13. 'Me siento enfermo/a"	1"	2"	3"	4"
14. 'Me doy por vencido fácilmente."	1"	2"	3"	4"
15. 'Desarrollo un plan con una serie de acciones para afrontar la situación."	1"	2"	3"	4"

"

"

"

"

"

"

"

"

Fin"

2"

