



PROYECTO URBANO DE SALUD
UNIDAD HUAYAMILPAS “CASA DEL ASULTO MAYOR”

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACION
DEL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

ELABORADO POR: KARLA AIME DOMPINGUEZ RODRÍGUEZ

MÉDICO PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL

**ASESORES: VÍCTOR RÍOS CORTÁZAR
ALEJANDRA GASCA GARCÍA
MÓNICA FRANCO MARTÍNEZ
CLAUDIA PATIÑO PÉREZ**

ENERO 2020

PROYECTO URBANO DE SALUD
UNIDAD HUAYAMILPAS
"CASA DEL ADULTO MAYOR"

**PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE LA ESCALA DE
VALORACION DEL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN
PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES**

Propuesta de proyecto de investigación para obtener liberación del servicio social.

Promoción del 1 de febrero 2019 al 31 de enero 2020

PRESENTA

Karla Aime Domínguez Rodríguez

Matricula: 2133025968

Lugar de Trabajo: Consultorio Huayamilpas "Casa del Adulto Mayor".

Adscripción: Proyecto Urbano de Salud. Universidad Autónoma Metropolitana

Correo: karai_1094@live.com.mx

Asesores clínicos:

Víctor Ríos Cortázar

Alejandra Gasca García

Mónica Franco Martínez

Claudia Patiño Pérez

PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACION DEL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

RESÚMEN

En el área de salud es cada vez más necesario disponer de instrumentos válidos para evaluar atributos como medio para orientar las acciones de promoción de la salud. La salud se crea cuidando de uno mismo y de los demás, siendo *capaces* de tomar decisiones sobre situaciones vitales dentro de los ambientes de su vida cotidiana. Se entiende como el proceso de *capacitar* a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Quiere decir que el individuo debería ser *capaz* de identificar y llevar a cabo aspiraciones y satisfacer necesidades y sea adaptando su entorno o adaptándose a él. Es entonces inevitable y plausible la creación de una escala que valore el desarrollo de capacidades en los pacientes. Y observando que el número de enfermedades crónicas no transmisibles va en aumento, tendría que ser una escala de valoración de capacidades en pacientes con enfermedades de este tipo. Se realizó una búsqueda exhaustiva de los precedentes sobre el desarrollo de capacidades en los pacientes; una breve semblanza del estatus de la Diabetes y la Hipertensión; un ejemplo de escala válida para el autocuidado y finalmente los requisitos necesarios para crear y validar una escala. Cabe resaltar que el presente trabajo tiene el único fin de introducción para proponer una propuesta válida y no meramente su creación.

JUSTIFICACIÓN

Precisamente, en las áreas de la salud cada vez es más necesario disponer de instrumentos de medida que permitan evaluar atributos subjetivos que integran constructos y dimensiones más complejas, como medio para orientar acciones de atención, promoción o protección de la salud. Existen ya bastantes escalas y cuestionarios para categorizar a los pacientes según las necesidades del médico, pero hay muy pocas acerca de la autoevaluación del paciente y aún menos referidas al concepto de desarrollo de capacidades. No pareciera haber una mejor forma de evaluar, desarrollar, adaptar y mejorar el sistema de salud en el que nos desenvolvemos, que sabiendo cuáles son las capacidades que han o no desarrollado los pacientes en el trascurso del seguimiento de su salud. Y a pesar de que es un área fundamental en para la salud y su sistema, es un tema poco explotado. Es necesario crear una escala válida que valore el desarrollo de capacidades en los pacientes, sólo así podremos trabajar en conjunto con nuestros pacientes para fortalecerlos y alcanzar el ideal de "salud".

OBJETIVOS

- Asentar antecedentes sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, la promoción de la salud y el desarrollo de capacidades.
- Presentar la Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado como precedente de la posibilidad de valorar capacidades.
- Estipular las acciones necesarias para la creación de una escala válida en el área de salud
- Crear una propuesta de escala para la valoración de desarrollo de capacidades en personas con enfermedades crónicas no transmisible

MARCO TEÓRICO

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

En México, 49.2% de los adultos en condición de vulnerabilidad tienen HTA, y de estos, 2 de cada 3 desconocían que tenían esta enfermedad hasta el momento de aplicar esta encuesta. Entre quienes ya habían recibido el diagnóstico de HTA y tratamiento farmacológico, sólo dos tercios tuvo una TA considerada dentro del rango de control. México ha estado inmerso en un dinámico proceso de transición epidemiológica que se caracteriza por la disminución en las tasas de mortalidad, el aumento en la esperanza de vida, la disminución en la tasa de fecundidad y el aumento de las enfermedades crónicas. es necesario tener presente la relevancia de los programas sociales que incentivan la utilización de servicios de salud y que actualmente cubren a más de 20% de la población del país, así como el importante cambio en protección en salud que ha representado la implementación y expansión del Sistema de Protección Social en Salud, a través de sus brazos operativos: el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación. En términos prácticos, cuando una persona no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos (condición de aseguramiento) de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Sedena o Semar) o los servicios médicos privados, no se le está reconociendo el derecho fundamental a la salud de forma adecuada.

México está en la lista de los 10 países con mayor número de personas que viven con diabetes. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (Ensa 2000), así como de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012 (Ensanut 2006 y 2012), muestran que la diabetes mellitus por diagnóstico médico previo (excluyendo los casos que desconocían su condición) aumentó, de 5.8% en la Ensanut 2000, a 7.0% en la Ensanut 2006 y a 9.2% en la Ensanut 2012. Esta última prevalencia representa a poco más de 6.4 millones de personas que se sabían afectadas por la enfermedad en México en 2012. Esta tendencia creciente concuerda con las proyecciones para prevalencia de diabetes diagnosticada, realizadas por Meza-Rodríguez y colaboradores, a partir de datos de las encuestas nacionales referidas; estimaron que, para 2030, dicha prevalencia alcanzaría de 12 a 18%, y para 2050, de 14 a 22%. El aumento en la prevalencia de diabetes puede deberse al envejecimiento de la población, al incremento en la prevalencia de la obesidad relacionada con cambios en los estilos de vida (aumento en la densidad calórica de la dieta, reducción en la actividad física), así como a cambios en otros factores relacionados con la diabetes. En México, la diabetes tipo 2 es una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal crónica y amputaciones no traumáticas, y es una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos. Además, aumenta el riesgo de sufrir infarto al miocardio o cerebral, y explica 30% de la mortalidad general. Estudiar sus factores de riesgo, tratamiento y complicaciones es de suma importancia para reducir la carga de la enfermedad.

En el ámbito nacional, más de una cuarta parte de los AM (26.9%) presentó algún grado de discapacidad, es decir, tenía dificultad para realizar al menos una ABVD (caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse). En relación a las AIVD, 24.6% de los AM tenía dificultad para realizar al menos una de las cuatro actividades instrumentales estudiadas (preparación de alimentos, compra de alimentos, administración de medicamentos y manejo de dinero). En ambas condiciones se observa que las prevalencias se incrementan en la medida que aumenta la edad, y es mayor en las mujeres en comparación con los hombres (29.6 frente a 23.8%, respectivamente para ABVD, y 28.4 frente a 20.3% para las AIVD).

PROMOCIÓN DE LA SALUD

El concepto de Promoción de la Salud, cristalizado en 1986 en la Carta de Ottawa, surgió como respuesta a la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud que

aún hoy exigen solución en todas las partes del globo. De este modo, aumentan las opciones para que la gente ejerza control sobre su salud, ya que la salud se crea cuidando de unos mismo y de los demás, siendo *capaces* de tomar decisiones sobre situaciones vitales dentro de los ambientes de su vida cotidiana.

Se entiende como el proceso de *capacitar* a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Quiere decir que el individuo debería ser *capaz* de identificar y llevar a cabo aspiraciones y satisfacer necesidades ya sea adaptando su entorno o adaptándose a él. Pero existen prerrequisitos, los cuales también menciona Orem y se verán con detalle más adelante, condiciones, o recursos básicos para desarrollar esas capacidades, como son: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Éstos, no pueden ser garantizados únicamente por el sector de salud, sino que debe ser un trabajo en conjunto con el sector social, gubernamental y no gubernamental, autoridades, industrias y medios de comunicación.

Ahora bien, no se busca que el individuo simplemente sea “funcional” o que a pesar de la enfermedad que padezca sólo “funcione” en la sociedad, sino que sea *capaz*. Y para esto cabe definir ambos términos.

La Real Academia de la Lengua Española define

- Función: capacidad de actuar (ejercer actos propios de su naturaleza) de los seres vivos y de las máquinas o instrumentos
- Capacidad, de capaz: que tiene ámbito o espacio suficiente para recibir o contener en sí otra cosa//apto, con talento o cualidades para algo//que se atreve a algo.

Las funciones son actividades o formas de ser, como preparar comidas para la familia, trabajar como enfermero, etc. Las capacidades son las oportunidades genuinas que las personas tienen para lograr funciones particulares, se configuran dinámicamente por las interacciones entre los individuos y sus entornos, cabe aclarar que el enfoque de capacidades enfatiza la importancia de la libertad de oportunidades, evitar imponer ideales particulares a todos.

Las capacidades de una persona están significativamente configuradas por sus circunstancias ambientales y sociales, tanto pasadas como presentes.

La salud puede considerarse en términos de capacidades, así como en términos de ausencia de enfermedad, funcionamiento normal y otros aspectos del bienestar, y el enfoque de capacidades puede ofrecer un marco útil para relacionar consideraciones de justicia a las consideraciones de salud. Como han reconocido varios autores, la consideración de las capacidades también puede ser útil al evaluar la efectividad y la idoneidad de los servicios e intervenciones relacionados con la salud, ya que puede fomentar una visión expansiva de los resultados que refleje lo que las personas dicen que valoran en la vida y aprecian del servicio.

CAPACIDADES

Respeto y compasión

Las experiencias de inclusión (o no) en la comunidad de personas éticamente significativas surgen en el contexto de interacciones con otros. Si los servicios de salud y el personal deben reconocer y cultivar las capacidades de los pacientes para experimentar la inclusión en la comunidad de seres humanos éticamente significativos, deben otorgarles el estatus de personas que importan.

No se trata solamente de un respeto a distancia o respeto mediante la no interferencia, sino de una experiencia de inclusión. Se sugiere una relación igualdad-mutualidad y como parte de un

grupo social, sin que el médico haga demostraciones de superioridad, degradación del paciente; si no cultivar la experiencia de inclusión en una comunidad de seres éticamente significativos.

Capacidad de respuesta a experiencias subjetivas, biografías únicas, identidades y proyectos de vida

La particularidad de los individuos es parte de nuestra humanidad. Dado el hecho de la diversidad humana, el compromiso de reconocer y cultivar las capacidades de las personas para ser conscientes de sí mismos y tener intereses en la autoconservación y el autodesarrollo implica trabajar con cada paciente como alguien particular que tiene su propia perspectiva y preocupaciones distintivas.

Se enfatiza el estar atento al contexto social, las relaciones que les importan y cuidar el evitar dañar su identidad personal. No ver únicamente genes y enfermedades, sino personas ampliamente completas con necesidades emocionales y los problemas de la vida

Capacidad para la autonomía

Se trata de un valor que se da a las personas, de vivir sus vidas de acuerdo con su propia concepción del bien y el reconocimiento de que tanto la enfermedad como la atención médica pueden socavar esto. Requiere el reconocimiento de su perspectiva distintiva y preocupaciones particulares. Hay que reconocer que tanto el ejercicio de la autonomía requiere capacidades relevantes como que esas capacidades se desarrollan y ejercen en las relaciones con los demás.

Las capacidades para la autonomía a menudo se pueden reconocer y cultivar en algunos sentidos apropiados, ya que pueden estar entre pacientes que parecen incapaces o no desean tomar sus propias decisiones después de ser informados sobre sus opciones. Las personas variarán en los tipos de apoyo que necesitan para mejorar sus capacidades de autonomía (ayuda con el razonamiento, aliento para discutir lo que podría importarles, desarrollo de la autoconfianza). Se debe reconocer y cultivar las capacidades de autonomía haciendo que los sistemas de atención médica no asignen responsabilidades a los pacientes que están desalineadas con sus capacidades de autogestión, que los esfuerzos de promoción de la salud no impidan el ejercicio de la autoconfianza, la autoestima, y que las propias opiniones de los pacientes sobre lo que es bueno para ellos no se descuiden.

No implica que el personal de atención médica simplemente haga lo que los pacientes digan que les gusta y desea.

LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Uno de los elementos claves para lograr una óptima atención a la cronicidad es el cambio en el rol de las personas con enfermedad crónica. Estas deben adoptar un rol activo, comprometiéndose con su autocuidado y participando en la toma de decisiones para conseguir una buena autogestión de su enfermedad. El autocuidado adquiere, por tanto, un papel protagonista y se convierte en el eje de muchas de las líneas de acción que se proponen en la actualidad. La conducta de autocuidado está determinada de forma muy decisiva por otros aspectos de la persona como son la motivación, el contexto sociocultural, los recursos de todo tipo o el patrón de vida.

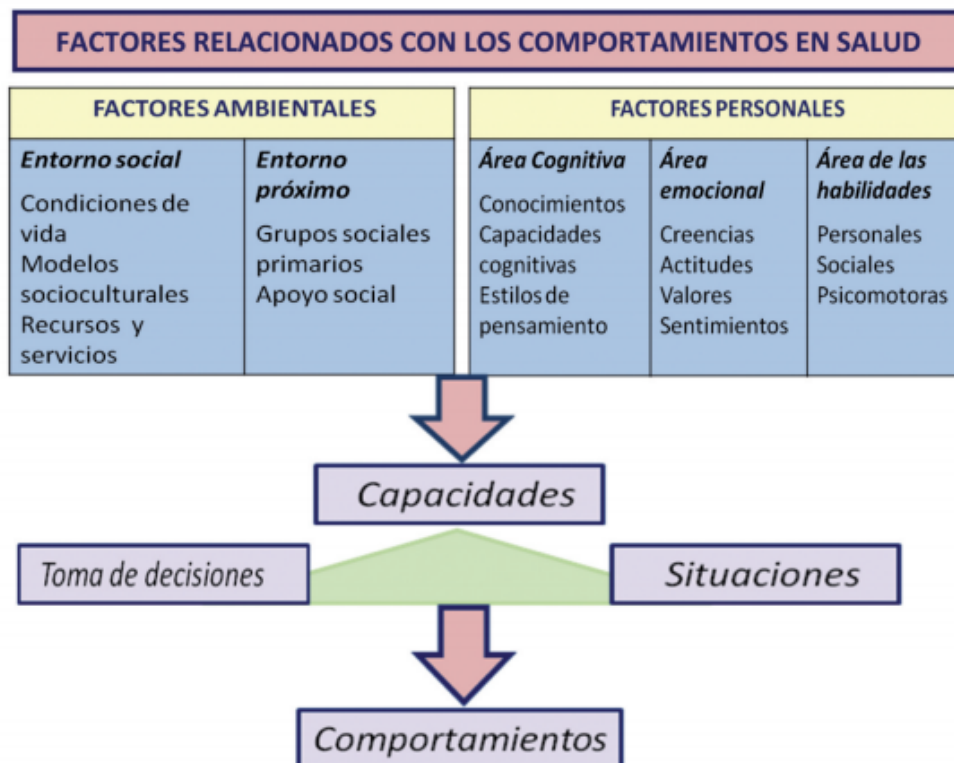
El proceso vital de envejecimiento conlleva asociada morbilidad, aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, dependencia y una creciente necesidad de atención sanitaria y servicios de salud.

El fomento del autocuidado permitirá que cada persona desarrolle su máximo potencial, perfeccionando o cambiando actitudes e implicando a la familia y/o redes de apoyo a participar,

ayudar, solucionar y afrontar las dificultades relacionadas con la salud. El apoyo al autocuidado sugiere el reconocimiento de que la autonomía, la autorresponsabilidad y el compromiso con la salud son indispensables para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica. Básicamente si se han desarrollado las capacidades fundamentales, puede entonces desarrollarse la capacidad de autocuidado y ser un paciente activo y estar comprometido en el autocuidado se asocia con mejores resultados de salud y esto tiene consecuencias altamente positivas para las personas y la sociedad.

“La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar”.

Una de las afirmaciones básicas de la teoría del Autocuidado es considerar el autocuidado como una conducta, esto es, como un comportamiento aprendido que existe en situaciones concretas de la vida y constituye una contribución constante del individuo para mantener su propia existencia, su salud y su bienestar. Al ser una conducta, el autocuidado se considera una acción intencionada, esto significa que es una actividad que persigue un propósito u objetivo. Lo que implica que previamente la persona ha hecho una búsqueda, una reflexión, un juicio sobre la situación y una toma de decisiones voluntaria sobre lo que es apropiado hacer o no en las condiciones y circunstancias presentes en cada momento. A su vez esto supone que las acciones de autocuidado buscan un resultado esperado y que este se identifica antes de emprender la acción.



Existen factores previos que condicionan la posibilidad de desarrollar el autocuidado, lo cuales Orem los denominó Factores Básicos Condicionantes, los cuáles son: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de salud, factores del sistema familiar y patrón de vida propio de la persona, factores ambientales y disponibilidad de recursos.

Entonces la agencia de autocuidado sería definida como la capacidad de cuidar de uno mismo. Y existe una escala que valora esa capacidad. Esta escala, desarrollada por Evers, Isenberg, Philipsen, Senten y Brouns, en 1983 denominado "Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA, por sus siglas en inglés, Appraisal of the Selfcare Agency), valora la agencia de autocuidado de las personas, se compone de un cuestionario de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert.

En el ámbito mundial, la escala ASA ha sido utilizada y traducida en varios idiomas en diversas regiones como son Europa (Suiza, Noruega, Dinamarca, España, Turquía,) Asia Oriental (Hong Kong). En América usada en varios países como Guatemala, Nicaragua, Honduras, Colombia y

- 1.- A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.
- 2.- Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.
- 3.- Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.
- 4.- Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.
- 5.- Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.
- 6.- Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.
- 7.- Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.
- 8.- Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.
- 9.- Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.
- 10.- Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.
- 11.- Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo.
- 12.- Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.
- 13.- Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.
- 14.- Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.
- 15.- Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.
- 16.- He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.
- 17.- Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.
- 18.- Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligros.
- 19.- Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.
- 20.- Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.
- 21.- Si mi salud se ve afectada, yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.
- 22.- Si yo no puedo cuidarme, puedo buscar ayuda.
- 23.- Puedo sacar tiempo para mí.
- 24.- A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.

México fue necesario realizar la validez del constructo y se detectó, que la escala mostraba que el instrumento tenía un poder discriminatorio de los grupos según el nivel de dependencia o independencia. Esta escala fue traducida al español en 1998 por Gallegos en México.

MÉTODO PARA REALIZAR UNA ESCALA EN EL ÁREA DE SALUD

La aplicación de cuestionarios o escalas generan mediciones que muchas veces determinan importantes decisiones pronosticas y terapéuticas; sin embargo, en la mayoría de los casos se desconoce el origen y capacidad real del instrumento para evaluar la condición bajo estudio. A veces la condición que se quiere medir no se puede delimitar de manera precisa, o no puede establecerse para ella una medida simple: este caso es frecuente cuando el fenómeno de interés es muy complejo y presenta características en diferentes niveles, tal y como ocurre usualmente en fenómenos psicológicos o sociales, donde muchos de los diagnósticos o definiciones que usualmente se manejan corresponden a categorías más bien inespecíficas.

El siguiente paso en la construcción de escalas es medir cada uno de los Dominios o Factores, lo cual habitualmente se hace mediante preguntas o aspectos de exploración específicos (ítem) cuya respuesta o resultado puede darse en un escalamiento categórico o continuo.

El proceso de construcción de una escala puede esquematizarse en la siguiente secuencia:

- Estamos ante algo que creemos que realmente existe y que queremos medir.
- Lo que queremos medir es un fenómeno complejo, que no es observable directamente y que tiene manifestaciones o maneras de expresarse que no son constantes.
- Se descompone lo que queremos medir en grupos de síntomas o manifestaciones que siempre están presentes.
- Esos grupos se llaman Factores o Dominios.
- Se desarrolla una estrategia para medir los Factores o Dominios, usualmente mediante la construcción de ítem

Posteriormente existe un sistema de validación de escalas

- Validez de Apariencia: La escala parece medir lo que debe medir.
- Validez de Constructo: La escala no deja factores sin medir ni mide dominios que no son del síndrome.
- Validez de Criterio: La escala funciona parecido a otros instrumentos.
- Confiabilidad test-retest o interevaluador: La escala funciona bien bajo diferentes condiciones.
- Sensibilidad al Cambio: La escala detecta modificaciones de la realidad que mide.
- Utilidad: Es una escala fácil de aplicar y procesar.

También existe la posibilidad de utilizar una escala ya existente, lo que ahorraría tiempo y sería local, regional o mundialmente reconocida; con la limitante de que al traducirla o modificarle algo tiene que revalidarse.

Evaluar las propiedades psicométricas de un instrumento es un criterio esencial para determinar la calidad de su medición. Las características esenciales para valorar la precisión de un instrumento son la fiabilidad, la validez, sensibilidad y factibilidad.

La validación de un instrumento es un proceso continuo y dinámico que va adquiriendo más consistencia cuantas más propiedades psicométricas se hayan medido en distintas culturas, con distintas poblaciones y sujetos.

Actualmente no existe una guía estándar para validar medidas de salud, sin embargo, se utilizan criterios diseñados en ciencias de psicología y educación

Concepto de fiabilidad

Fiabilidad es la propiedad que 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. Se mide en grados y se expresa en forma de coeficiente de correlación que varía de 0, significando ausencia de correlación, a 1 que es una correlación perfecta. El margen aceptable para los coeficientes de fiabilidad se sitúa entre 0,7 y 0,9.

La fiabilidad se puede estimar por cuatro medios:

- La consistencia interna mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos. Hay varias técnicas para medirla como son la fiabilidad mitad y mitad, el alfa de Cronbach y la técnica de Kuder-Richardson. El más utilizado es el alfa de Cronbach. Un alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente.
- La estabilidad mide la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones, en las mismas condiciones y con los mismos sujetos. Se puede obtener con la técnica del test-retest. El método es sencillo y fácil de realizar; consiste en utilizar el instrumento en una misma muestra de sujetos en distintas ocasiones y comparar los resultados de ambos momentos. Para valorar la estabilidad mediante test-retest se puede usar el coeficiente de correlación de Pearson, de Spearman o el coeficiente de correlación intraclass (CCI).
- La equivalencia es otra manera de medir la fiabilidad de un instrumento cuando se dispone de dos o más versiones del mismo test. Valores de correlación por encima de 0,8 reflejan que los instrumentos son equivalentes.
- La armonía interobservador mide el grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores al medir las mismas variables o acontecimientos.

Concepto de validez

La validez explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado.

- La validez aparente consiste en que algunas personas, expertas o no, digan si consideran relevantes los ítems incluidos en un instrumento. Cuantas más personas intervengan, mayor validez tendrá esta técnica.
- La validez de contenido evalúa de manera cualitativa si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir, ya que se considera que un instrumento es válido en su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto que mide. Los métodos utilizados para medir esta validez son: el método Delphi, el modelo de estimación de magnitud, el modelo Fehring y la metodología Q.
- Validez de criterio es el grado de correlación entre un instrumento y otra medida de la variable a estudio que sirva de criterio o de referencia. Cuando hay una medida de criterio aceptada por investigadores del campo se le llama estándar de oro.
- La validez de constructo se entiende como el grado en el que un instrumento mide la dimensión evaluativa bipolar para la que fue diseñada. En este sentido se relaciona con la

coincidencia de medida con otros instrumentos que midan la misma dimensión. Se miden con el método multirasgo-multimétodo, de Campbell y Fiske.

- La validez discriminante mide el grado de capacidad del cuestionario para distinguir entre individuos o poblaciones que se espera que sean diferentes.

Concepto de sensibilidad

La sensibilidad de un instrumento nos muestra la capacidad que tiene de detectar cambios en los atributos o sujetos evaluados después de una intervención. Esta característica también es importante para estimar el tamaño muestral de un estudio, cuanto mayor sea la sensibilidad del instrumento menor será el tamaño de la muestra necesario.

Concepto de factibilidad

La factibilidad mide si el cuestionario es asequible para utilizarlo en el campo que se quiere utilizar. Los aspectos que habitualmente se evalúan son: el tiempo que se requiere para cumplimentarlo, la sencillez y la amenidad del formato, la brevedad y claridad de las preguntas, así como el registro, la codificación y la interpretación de los resultados.

Criterio	Propiedad	Definición	Estadístico	Resultado satisfactorio
Reproducibilidad	Fiabilidad	Variación u homogeneidad en las mediciones	Coefficiente alfa de Cronbach	$\geq 0,7$
	Consistencia interna	Correlación entre los ítems de una dimensión (aplica para escalas multidimensionales e índices)	Correlación de Pearson, Spearman o Kuder-Richardson	$\geq 0,4$ (en caso de ser $\geq 0,9$ indicaría mediciones son iguales)
	Poder discriminante	Correlación entre los ítems de una escala y las dimensiones a las cuales no pertenecen (sólo en escalas multidimensionales)	Correlación de Pearson o Spearman	Menor a la correlación del ítems con su dimensión ($< 0,3$)
	Fiabilidad intra-observador o test-retest	Repetibilidad del instrumento	Correlación de Pearson, Spearman o intraclass	$\geq 0,80$ ó $0,85$
	Fiabilidad inter-observador	Concordancia en evaluadores diferentes con los mismos sujetos, igual instrumento y ocasión	Correlación de Pearson, Spearman o intraclass	$\geq 0,80$ ó $0,85$
Validez	De apariencia (lógica)	Grado en que los ítems mide de forma lógica un constructo dado	Ninguno. Aplicabilidad y aceptabilidad	No aplica
	De contenido	Los ítems del instrumento representan adecuadamente el constructo que pretende medir	Análisis factorial exploratorio	Coefficientes λ o cargas factoriales $\geq 0,3$
	De criterio (concurrente y/o predictiva)	Grado de similitud en los puntajes de la escala comparados con un estándar o patrón de referencia (criterio)	Coefficientes de correlación de Pearson o de Spearman	$\geq 0,80$
	Convergente / divergente	Correlaciona los puntajes obtenidos con escalas diferentes	Correlación de Pearson o de Spearman	Entre 0,4 y 0,70
	De constructo	Grado en que el instrumento refleja adecuadamente la teoría subyacente del fenómeno o constructo que se quiere medir	Análisis factorial confirmatorio. O pruebas de hipótesis para comparar grupos teóricamente diferentes	Coefficientes $\lambda \geq 0,3$, estadísticos de bondad de ajuste $\geq 0,05$. En pruebas de hipótesis $V_p < 0,05$
Sensibilidad	Capacidad de un instrumento para detectar cambios a través del tiempo	Pruebas de hipótesis	$V_p < 0,05$	
Utilidad	La escala es de fácil aplicación, poca compleja y bajo costo	Ninguno	No aplica	

PROPUESTA DE ESCALA DE VALORACIÓN DE DESARROLLO DE CAPACIDADES

Dominios

- Respeto y compasión
- Consciencia de sí mismo
- Autonomía

Probables ítems:

- Cuando el médico sugiere un tratamiento, doy mi opinión
- Cuando el médico sugiere un tratamiento, pregunto sobre los efectos adversos
- Si tengo dificultades para comprar el medicamento pregunto por una alternativa más económica
- Tengo claros mis objetivos para el control de mi ECNT
- Pregunto mis dudas acerca de mi enfermedad o el tratamiento
- Soy consciente de que tengo una enfermedad que necesita tratamiento de por vida
- Cuando hay situaciones que me afecten, lo manejo de manera que mantenga mi forma de ser (escala ASA)

CONCLUSIONES

Hace falta mucho camino por recorrer para la elaboración de esta escala. Concretar los ítems que la conformarán, que sean de fácil aplicación y comprensibles. Realizar el proceso de validación completo, para que pueda ser una escala aplicable. Y finalmente aplicarla a la comunidad. Se espera que esta investigación previa sirva para que en un futuro otros médicos la continúen y terminen con un trabajo que se considera sumamente importante, evaluar las capacidades de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud. Salud Publica Educ Salud [Internet]. 2001 [cited 21 January 2020];(1 (1):19-22. Available from: <http://file:///C:/Users/KARLA/Downloads/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
2. Vikki A. Entwistle & Ian S. Watt (2013) Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care, The American Journal of Bioethics, 13:8, 29-39, DOI: 10.1080/15265161.2013.802060
3. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria. 2015 [cited 21 January 2020]. Available from: Cuadernos de Enfermería familiar y Comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica. file:///C:/Users/KARLA/Downloads/AutocuidadoPersonasEnfCronica_ModEnfermeria.pdf
4. Cuba-Fuentes MS, Romero ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(4):780-4. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2565
5. Luján-Tangarife, J. A., Cardona-Arias, J. A. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. ARCHIVOS DE MEDICINA ISSN 1698-9465 2015 Vol. 11 No. 3:1doi: 10.3823/1251 [cited 21 January 2020]. Available from: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/construccion-y-validacion-de-escalasde-medicin-en-salud-revisin-depropiedades-psicomtricas.pdf>
6. Sánchez, R., Echeverría, J. Validación de Escalas de Medición en Salud. Rev. Salud pública. 6 (3): 302-318, 2004. [cited 21 January 2020]. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2004.v6n3/302-318/es>
7. Carvajal A., Centeno C., Watson R., Martínez M., Sanz Rubiales Á.. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2011 Abr [citado 2020 Ene 22] ; 34(1): 63-72. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es.

8. Alarcon M Ana M, Muñoz N Sergio. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. Rev. méd. Chile [Internet]. 2008 Ene [citado 2020 Ene 21]; 136(1): 125-130. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000100016>.
9. Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., Sirias, I. (2016). Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 31, 1-18. DOI:<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i31.25486>
11. Campos, N., Hernández, L. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. Salud pública de México / vol. 61, no. 6, noviembre-diciembre de 2019 88-97 [citado 2020 Ene 21]. Disponible en: [897file:///C:/Users/KARLA/Downloads/HAS%20ENSANUT%20100K.pdf](file:///C:/Users/KARLA/Downloads/HAS%20ENSANUT%20100K.pdf)
12. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.