



E.U. de Enfermería  
y Fisioterapia  
de Toledo



**IX JORNADAS DE  
PROFESORADO  
DE CENTROS  
UNIVERSITARIOS  
DE ENFERMERÍA**

## **LIBRO DE ACTAS**

# **IX JORNADAS DE PROFESORADO DE CENTROS UNIVERSITARIOS DE ENFERMERÍA “La Investigación en Enfermería”**

**Toledo,  
29 y 30 de Octubre de 2015**

---

# Desarrollo y validación de una herramienta específica de medición de autocuidados en pacientes enterostomizados.

## Development and validation of a specific tool for sel-care measurement in stoma patients.

Eladio J. Collado Boira [et.al]<sup>1</sup>

[colladoe@uji.es](mailto:colladoe@uji.es)

*Departamento de Enfermería. Universitat Jaume I.*

### Resumen

Introducción. En España existen 70.000 pacientes ostomizados, con 13.000 nuevos casos anuales. Las ostomías poseen un gran impacto sobre la calidad de vida, relacionado entre otros factores con el nivel de autocuidados desarrollados. Sin embargo, no disponemos de una herramienta específica útil para medir los autocuidados en estos pacientes.

Objetivos. Desarrollar un instrumento de medida de autocuidados específico y comprobar que presenta criterios de validez y fiabilidad.

Material y Método. Estudio descriptivo transversal multicéntrico en 4 hospitales oncológicos de Castellón entre los años 2013 y 2014.

Desarrollo del cuestionario, prueba de jueces y estudio piloto para la versión definitiva. Prueba de test-retest, Alpha de Cronbach, para estabilidad temporal y consistencia interna, y análisis factorial confirmatorio (A.F.C) y modelado de ecuaciones estructurales (S.E.M), para la determinar la validez de constructo.

Resultados. Muestra formada por 125 pacientes de 4 hospitales oncológicos, edad media de 66,72 años, 64% varones, 81,6% colostomizados, 85,6 % con diagnóstico de cáncer de colon, y 80% autónomos en el cuidado de su estoma.

Cuestionario formado por 56 variables, con 3 factores de segundo orden, explicando un 37,728% de la varianza, un  $\alpha$  de Cronbach de 0,865 y una correlación temporal de  $\alpha = .987$

---

<sup>1</sup> Francisco Herrero Machancloses. Dpto Psicología evolutiva UJI Castellón; M<sup>a</sup> Dolores Temprado Albalat. Dpto. Enfermería. UCHCEU; Amparo Bernat Adell. Dpto Enfermería UJI Castellón.

Conclusiones. Se determina la validez del CAESPO, permitiendo su uso provisional, siendo pertinente seguir con la validación de la herramienta y el refinamiento de su estructura.

**Palabras clave:** ostomía; autocuidados; cuestionario; validación.

### **Abstract.**

Introduction. In Spain there are 70,000 ostomy patients, with 13,000 new cases annually. Ostomies have a great impact on quality of life, among other factors related to the level of developed self-care. However, we do not have a useful tool for measuring specific self-care in these patients.

Aim. Develop a specific measuring instrument featuring self-care and check validity and reliability criteria.

Material and Methods. Multicenter cross-sectional study in 4 cancer hospitals in Castellon between 2013 and 2014 years. Questionnaire development, pilot testing and judges to study the final version. Test-retest reliability and Cronbach Alpha for internal consistency and temporal stability, and confirmatory factor analysis (CFA) and structural equation modeling (SEM) for determining construct validity.

Results. Sample of 125 cancer patients in 4 hospitals, mean age of 66.72 years, 64% male, 81.6% colostomy, 85.6% diagnosed with colon cancer, and 80% self-employed in the care of their stoma. Questionnaire consisting of 56 variables, with three second-order factors, accounting for a 37.728% variance a 0.865 Cronbach  $\alpha$  and temporal correlation of  $\alpha = .987$ .

Conclusions. CAESPO validity is determined, allowing temporary use, continue to be relevant tool validation and refinement of its structure.

**Keywords:** stoma; self-care; questionnaire; validation.

## Introducción

La “ostomía” consiste en un procedimiento quirúrgico mediante el que se deriva una víscera hueca al exterior mediante su exteriorización y sutura a la piel en un punto diferente al orificio natural de excreción, con diversos fines terapéuticos. A la parte de la víscera que aflora a través de la piel, se le denomina estoma que etimológicamente es un término proveniente del griego que significa boca. Una “enterostomía de eliminación”, es la creación quirúrgica de una abertura artificial, que conecta el intestino grueso o la última porción del intestino delgado con el exterior a través de la pared abdominal con el objetivo de derivar el tránsito intestinal con la excreción de los productos de desecho de la digestión y la expulsión de los gases intestinales al exterior.

Las principales causas de las enterostomías, son:

- Cáncer de colón, recto y ano.
- Enfermedad inflamatoria intestinal: Colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.
- Diverticulitis intestinal.
- Traumatismos anorrectales.
- Oclusión intestinal.
- Otras causas.

En los estudios más relevantes de Enfermería que se han realizado recientemente en nuestro entorno sociosanitario con pacientes enterostomizados, se ha determinado que los diagnósticos más prevalentes entre los pacientes enterostomizados, son los siguientes:

- En el estudio Stoma Marking & Quality of Life(1) el 80,21% de los pacientes sufrían cáncer de colón, un 4,37% enfermedad inflamatoria intestinal, un 3,6% diverticulitis y un 11,83% otras causas.
- en el estudio Stoma life (2) el 80 % de los colostomizados estaban diagnosticados de cáncer de colon, un 8% de enfermedad inflamatoria y el resto por otras causas.
- En el estudio coste-efectividad de la fundación Antae (3) un 80,3% de los pacientes sufrían cáncer de colon, un 10,1% enfermedad no oncológica, otras enfermedades de base un 5,0 % y un 4,8% Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Con estas cifras y dado el tamaño muestral de estos estudios y su representatividad, podemos decir que el cáncer de colon es la causa del 80 % de las enterostomías que se realizan en nuestro entorno.

Tras la intervención quirúrgica, los pacientes ostomizados necesitan un cuidado especializado e individual que posibilite una adaptación y aceptación óptima al estoma y a los

cambios en sus hábitos de vida y competencias en autocuidados que ello conlleva. Esto cambios implican principalmente el cuidado e higiene del estoma y la utilización de bolsas específicas para recoger las deposiciones, lo que conlleva una labor de aprendizaje relacionada con la elección de dispositivo de recolección y de colocación de la bolsa, así como aprender a manejar dietéticamente episodios de alteración del tránsito intestinal, como la diarrea o el estreñimiento. Los cambios en sus circunstancias físicas y personales, conllevan un gran impacto emocional y una ruptura del esquema corporal, requiriendo mecanismos de adaptación psicológicos que van a ser decisivos en el afrontamiento de la nueva solución (4). En la literatura ha quedado evidenciado (5) que son múltiples los estudios que recogen que un porcentaje elevado de pacientes colostomizados sufren alteraciones en diferentes aspectos psicosociales. Estudios recientes (6), evidencian que los pacientes con colostomías presentan un bajo nivel de autoestima y una mala autoimagen, presentando un alto nivel de trastornos depresivos.

En la literatura científica y en relación a la enterostomía de eliminación, hemos encontrado diversas evidencias científicas acerca de la influencia de la autoeficacia de los cuidados sobre la calidad de vida. Bekkers (7) fue el primero en describir el rol decisivo que desempeña la autoeficacia sobre la adaptación del paciente a la cirugía del estoma. Posteriormente, Kingsley (8) y basándose en las conclusiones de su antecesor, analizó la relación que ejercía sobre la adaptación al estoma la autoeficacia en los cuidados de la colostomía, utilizando para ello la Stoma Self-Efficacy Scale, creada por Bekkers (7) y basada en la teoría de la Autoeficacia (9). Kingsley concluyó que la competencia adquirida por los pacientes para el manejo de la colostomía no es suficiente para asegurar un ajuste psicológico al estoma adecuado, ni para volver de una manera satisfactoria y plena a la vida laboral. Kit-Man (10) y basándose en el mismo modelo conceptual de la autoeficacia de Bandura, estudia como la autoeficacia desarrollada por un paciente colostomizado puede ser un predictor de la calidad de vida, encontrando correlaciones significativas entre ambas variables. Sí bien todas estas evidencias científicas, muestran la influencia de la autoeficacia sobre la adaptación al estoma, no hemos encontrado estudios, que aborden la relación entre los autocuidados, enfocados desde la teoría del déficit de autocuidado de Orem (11), desarrollados por pacientes portadores de colostomías y la salud percibida por estos, ni herramientas específicas válidas para medir el nivel de autocuidados desarrollados por estos pacientes.

## **1 Objetivos.**

Generar un instrumento válido de medición de autocuidados en pacientes enterostomizados, que nos permita conocer las capacidades y prácticas de autocuidados e identificar los déficits de autocuidados así como su posible relación con la calidad de vida y con otro tipo de variables.

## **2 Material y métodos.**

El objetivo del estudio consiste en la adaptación del cuestionario CAESCAM (cuestionario de autocuidados específico en el cáncer de mama)(12) a las características específicas de los autocuidados en la ostomía. Para ello, y para abordar en profundidad la multidimensionalidad de los cuidados en el paciente ostomizado y en línea con la Dra. Mariscal(12), adoptaremos en este estudio una postura ecléctica donde metodología cualitativa y cuantitativa se articulen de manera que podamos conseguir los objetivos que nos proponemos. Son diversos autores los que defienden esta complementariedad de ambos métodos (13), de modo que utilizaremos una metodología cualitativa para explorar el fenómeno de estudio, determinar las variables e instrumentos de medida y posteriormente sobre esta base de conocimiento que nos aclare sus características esenciales, continuaremos con una metodología cuantitativa para validar científicamente el cuestionario.

### ***2.1 Población y ámbito de estudio.***

Para la validación del cuestionario, realizamos un estudio descriptivo transversal correlacional multicéntrico con pacientes colo/ileostomizados de más de tres meses de evolución, siguiendo la recomendación de (14) en los hospitales con servicio de cirugía digestiva y consulta de enfermería de estomaterapia de la provincia de Castellón.

Dada la sensibilidad de la población de estudio, decidimos realizar un muestreo de conveniencia, captando el máximo número de pacientes enterostomizados que cumplieran con los requisitos de inclusión, recuperando un total de 185 pacientes, de los cuales eliminamos pacientes que se encontraban en fase terminal de la enfermedad o que presentaban déficit cognitivo y los que no quisieron participar en el estudio, contando con 125 pacientes que aceptaron ser incluidos en el estudio. Edad media de 66,72 años, 64% varones, 81,6% colostomizados, 85,6 % con diagnóstico de cáncer de colon, y 80% autónomos en el cuidado de su estoma.

### ***2.2 Criterios éticos***

Se solicitó en primer lugar la catalogación del estudio a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y una vez clasificado como “Estudio Observacional No Posautorización”, se procedió a solicitar la autorización del

mismo en los comités éticos de investigación clínica del Hospital General Universitario de Castellón y del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Con estos dos dictámenes favorables fue suficiente para su autorización en el Hospital Universitario de la Plana de Villarreal y en el Hospital Comarcal de Vinaroz.

Una vez obtenido el dictamen favorable se procedió a solicitar la autorización para realizar el estudio a las respectivas gerencias de los hospitales, así como para tener acceso a las historias clínicas y poder disponer de espacios en cada hospital para realizar las entrevistas.

Para cumplir con la legislación actual de protección de datos, el estudio fue totalmente anónimo y los pacientes fueron codificados a la hora de ser incorporados al estudio y en ningún momento aparece en el mismo cualquier dato que sirva para identificarlos.

### ***2.3 Construcción del instrumento de medida.***

Centrados en la medición de los autocuidados específicos en pacientes enterostomizados, encontramos dos cuestionarios validados: el Stoma Self-efficacy (7) y el chinese Stoma Self-efficacy Scale (10), ambos dos basados en la teoría de la autoeficacia de Bandura (9). No encontramos evidencias acerca de que ninguno de los cuestionarios haya sido traducido al castellano, ni validado en nuestro entorno sociosanitario, por lo que carecen de utilidad en nuestro estudio, si bien nos aportan información valiosísima para nuestra investigación.

El modelo integrado de Autocuidados Específicos expuesto por Mariscal (12), y fundamentado en la teoría del déficit de autocuidados de Orem (11), en mujeres mastectomizadas y posteriormente validado empíricamente por Merino (15), obtuvo como uno de los resultados principales de la investigación, la pormenorizada creación e inicio de validación del CAESCAM, cuestionario específico para medir las competencias específicas en mujeres mastectomizadas.

Con posterioridad y como fruto de su adaptación a diferentes colectivos de enfermos con patologías crónicas, han visto la luz diversas herramientas de medición de autocuidados específicos validadas, todas ellas con una estructura similar, pero contextualizada en el problema de salud concreto:

- El CAEDE-2 (16), Cuestionario sobre las Capacidades de Autocuidados de las personas adultas afectadas de Diabetes Mellitus Tipo 2.
- El CAEPSOR (17), Cuestionario de Autocuidados Específicos para personas afectadas de Psoriasis.
- El CAESFAM (18), Capacidades de Autocuidados de los familiares de las personas en Procesos Críticos.

Así pues y siguiendo tal ejemplo, decidimos utilizar el CAESCAM como base consolidada y procedemos a construir un instrumento de medida propio que permitiera medir los autocuidados de otro problema específico de salud, la enterostomía de eliminación, al que pasamos a denominar CAESPO (Cuestionario Autocuidados Específicos Pacientes Ostomizados). Hubo que adaptar determinados ítems a este proceso crónico, respetando la estructura, dimensiones y facetas del CAESCAM, que actuó como sustento de este nuevo instrumento

### **2.3.1 Estructura del cuestionario.**

Siguiendo el modelo propuesto, el cuestionario se estructuró en tres factores: autocuidados generales, Autocuidados de desarrollo personal e interacción social y autocuidados específicos relacionados con el problema de salud. Para cada factor se consideraron tres dominios para medir la competencia de autocuidado en cada uno de los factores: Los conocimientos para los autocuidados, el interés y actitud de la persona frente a su propio autocuidado y la práctica del mismo.

Las variables estudiadas en cada uno de los dominios para los tres factores o dimensiones fueron:

1. Autocuidados generales:
  - 1.1. Variable Nutrición, dieta y peso.
  - 1.2. Actividad física.
  - 1.3. Descanso.
2. Autocuidados de desarrollo personal e interacción social social:
  - 2.1. Comunicación y apoyo sociofamiliar.
  - 2.2. Comunicación y apoyo de pareja.
  - 2.3. Autoimagen y aspecto físico.
  - 2.4. Autoestima
  - 2.5. Sexualidad.
  - 2.6. Grupos de apoyo y asociaciones.
3. Autocuidados específicos del problema de salud:
  - 3.1 Problema de salud específico.
  - 3.2. Prevención de complicaciones.
  - 3.3. Recursos sociosanitarios.
    - 3.3.1. Adaptación al problema de salud y sus tratamientos.

### **2.3.2 Tipo de escala.**

Se utilizó una escala Likert con cuatro puntos de gradiente.

### **2.3.3 Fundamentación de los Ítems.**

Para la elaboración de los ítems del CAESPO, se han tenido en cuenta muchos de los indicadores de los resultados NOC (19), asociados a las necesidades identificadas en esta población y para lo que fue necesaria recurrir a fuentes documentales varias: Guías para pacientes colostomizados (20,21) o las Guías de atención enfermería de la Consellería de Sanitat de la comunidad Valenciana (22,23), así como la información extraída de las recomendaciones recogidas desde las guías de la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (24).

Construida la primera versión del cuestionario, y con la finalidad de determinar los ítems que debían de mantener o descartar en esta primera versión, se realizó una prueba de jueces y una prueba piloto.

### **2.3.4 Prueba de jueces.**

El CAESPO fue revisado por cuatro jueces expertas en construcción y validación de cuestionarios, en cuidados de personas con colostomías y en conocimientos sobre autocuidados.

### **2.3.5 Prueba piloto.**

El cuestionario fue administrado en primer lugar a un grupo de 10 pacientes portadores de enterostomía de eliminación a los que posteriormente también se les volvió a administrar la versión definitiva para no perder sujetos de la muestra, con el fin de obtener una primera información acerca de la comprensibilidad y manejabilidad para la población a la que iba dirigida. Siguiendo las recomendaciones de Nunally (25), en la prueba piloto indagamos acerca del nivel de lectura, la ambigüedad, la terminología utilizada, textos afirmativos y negativos, la extensión de los ítems.

### **2.3.6. Cuestionario definitivo.**

Como resultados del informe de expertos, la prueba piloto y la revisión global, se reformularon o eliminaron los ítems ambiguos e inconsistentes, y se obtuvo el cuestionario definitivo (anexo1) con un total de 58 ítems, una puntuación mínima de 58 puntos y una máxima de 232, que se ajustaron con tabla adjunta al cuestionario a un porcentaje sobre 100 puntos, de modo que 58 puntos era 0 % y 232 puntos eran 100 %.

## ***2.4 Validación del cuestionario.***

En nuestra disciplina científica se hace imprescindible la medición y, como herramienta imprescindible, es necesario que ésta tenga suficiente precisión como para que sus medidas sean fiables. Para ello es necesario determinar la fiabilidad del test, la determinación de la precisión con la que se realiza la medida, y por otro lado que el instrumento de medida que se usa en una situación

y con un propósito determinado mida realmente el rasgo que se intenta medir. Estas dos características se validan a través de la fiabilidad y la determinación de la validez de constructo.

La fiabilidad se determinó a través de sus dos grandes componentes:

- La consistencia interna, a través del Coeficiente  $\alpha$ , propuesto por Cronbach en la revista *Psicometrika* en 1951 (26) o grado en que los distintos ítems de un test miden la misma cosa, covarían entre sí.
- La estabilidad temporal, o grado en un instrumento de medida arrojará el mismo resultado en diversas mediciones concretas midiendo un objeto o sujeto que ha permanecido invariable. Coeficiente de estabilidad test-retest a través de prueba de correlación de Pearson.

Para la determinación de la validez de constructo, se determinó el análisis factorial Exploratorio como primera aproximación para determinar la validez de la estructura del cuestionario y pasar en un segundo tiempo a la realización del análisis factorial confirmatorio (A.F.C.) y el modelado de ecuaciones estructurales (S.E.M)

### 3 Resultados.

#### 3.1 *Análisis factorial exploratorio*

La prueba de KMO (tabla 1) nos indica que la relación entre las 58 variables que componen el cuestionario CAESPO es baja, aunque la prueba de Esfericidad de Bartlett es de 5582,914, que para 1,770 grados de libertad cuenta con una significación de 0,001, por lo que nada se opone a rechazar la hipótesis nula y de esta forma se nos indica que resulta apropiado la realización del Análisis Factorial.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.672
Prueba de esfericidad de	Chi-cuadrado aproximado	5582.914
Bartlett	gl	1770
	Sig.	.001

Tabla1. KMO y prueba de Bartlett (Fuente propia)

Para la realización del mismo se ha solicitado la matriz de componentes principales rotados mediante el método Varimax (27), el cual redistribuye mejor la varianza de los factores maximizando la varianza explicada por los mismos, observando que mediante la extracción de tres factores, según el marco teórico propuesto, conseguimos explicar el 37.728% de la varianza del instrumento.

En el gráfico 1 podemos apreciar cómo la saturación de los autovalores hace razonable una solución en tres componentes: se aprecia que la distancia entre factores a partir del tercer componente es excesivamente pequeña, por lo que aportan variación explicada de forma relevante.

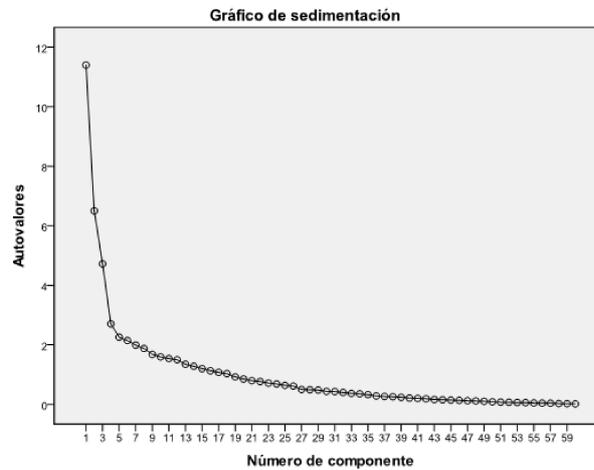


Gráfico nº1. Saturaciones

del análisis de los

autovalores de componentes principales.

Una vez decidida la retención de tres componentes principales, se procedió a su rotación mediante el procedimiento Varimax, que produce factores no correlacionados entre sí, observándose una clara delimitación de tres factores. Un primer factor que saturan ítems que de forma mayoritaria se refieren a los autocuidados generales, que se agrupan en la columna central, un segundo factor que se refieren a los Autocuidados de desarrollo personal e interacción social que confluyen los ítems en la tercera columna y un tercer factor donde saturan los ítems correspondientes a Autocuidados específicos relacionados con el problema de salud que se unen en la primera columna.

La correlación entre las variables de cada factor en línea general es alta. Existen además ítems que descansan, que se comparten en más de un factor, lo que nos informa de sus relaciones interfactoriales y la propia complejidad de la variable latente así como algún ítem con saturación negativa.

Consideraremos por tanto, este análisis factorial exploratorio como una primera aproximación que nos orienta a la realización del Análisis Factorial Confirmatorio, donde se espera encontrar evidencias de la existencia de estos tres factores que denominaremos:

- Autocuidados generales.
- Autocuidados ligados al desarrollo personal e interacción social.
- Autocuidados específicos para el problema de salud.

### 3.2 Consistencia interna y unidimensionalidad de las escalas de autocuidados.

Como puede observarse en la tabla 2, inicialmente la consistencia interna de los cuestionarios que componen el CAESPO, atendiendo a la recomendación propuesta por George y Mallery (28), como puede observarse en la tabla 3, y teniendo en cuenta las indicaciones de Nunnally y Bernstein (25), que indican que en las primeras fases de una investigación un valor de fiabilidad de 0.6 puede ser suficiente; y Gliem & Gliem(29), que señalan que un alfa de 0.8 es probablemente una meta razonable, podemos determinar que el valor del coeficiente alfa es, en general, aceptable en la fase inicial, y bueno una vez realizado el modelado de ecuaciones estructurales.

	Inicial		Final	
	$\alpha$ de Cronbach	N de ítems	$\alpha$ de Cronbach	N de ítems
Autocuidados Generales	.777	23	.816	19
Autocuidados de Desarrollo	.785	19	.783	15
Autocuidados Específicos	.903	18	.886	16

**Tabla 2: Estadísticos de consistencia interna del cuestionario CAESPO antes y después del SEM.**

Fuente propia.

> .9	Excelente
.8 - .89	Bueno
.7 - .79	Aceptable
.6 - .69	Cuestionable
.5 - .59	Pobre
< .5	Inaceptable

**Tabla 3: Clasificación del coeficiente alfa de Cronbach (George & Mallery, 2003)**

### 3.3 Análisis Factorial Confirmatorio.

Tras determinar la fiabilidad del cuestionario a través de la consistencia interna y la estabilidad temporal, y dado que los ítems de los 3 constructos están claramente sustentados teóricamente(12) y propuestos por el análisis factorial exploratorio, se procede a realizar el análisis Factorial Confirmatorio (A.F.C.) usando el programa EQS 6.1 para Windows, ya que este nos permite el cálculo de los estimadores robustos de máxima verosimilitud para ajustar el modelo de bondad de ajuste de Satorra-Bentler(30) y el modelado estructural. Se contrasta la validez de constructo a

través de un modelo de 3 factores de segundo orden: Autocuidados Generales, Autocuidados de desarrollo personal e interacción social y Autocuidados específicos relacionados con el problema de salud, con 3 factores de primer orden en cada uno: Grado de conocimiento, Grado de práctica y Grado de Interés (Gráfico 2).

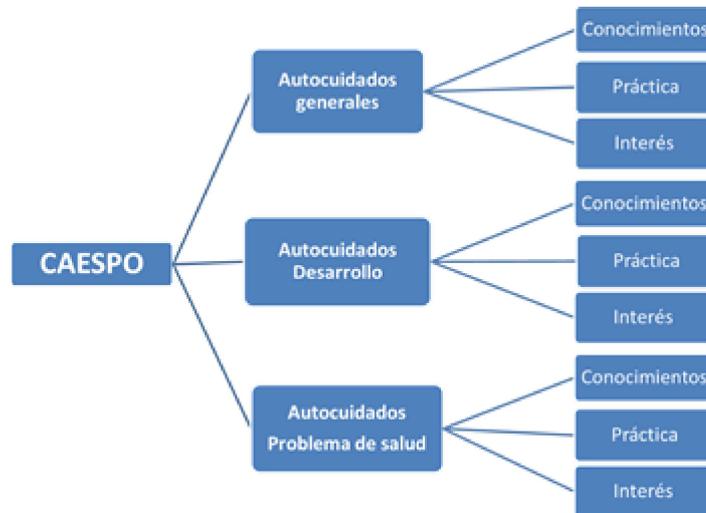


Gráfico 2. Modelado de ecuaciones estructurales del CAESPO. Fuente propia

El modelado de ecuaciones estructurales, nos sugirió la eliminación en la escala de autocuidados generales, y concretamente de la dimensión práctica de los ítems 7, 8 y 9 que hacen referencia a aspectos relacionados con la dieta, concretamente con la ingesta diaria de frutas, leche y agua y otro más relacionado con la actividad física, el ítem 14, que indaga sobre las veces que el individuo camina o realiza algún ejercicio aeróbico. El cuestionario de Autocuidados generales, quedaría con un total de 19 ítems y una buena consistencia interna en todas sus dimensiones.

En el cuestionario sobre Autocuidados de desarrollo personal e interacción social en la dimensión grado de conocimientos, se nos sugiere la eliminación del ítem 22, que indaga sobre el conocimiento de la existencia de grupos de ayuda mutua y asociaciones de pacientes. En la Dimensión práctica de Autocuidados de desarrollo personal e interacción social, el ítem 25 sobre el asesoramiento realizado por profesionales sanitarios sobre cuidados y en la dimensión grado de interés los ítems 38 y 40 que hacen referencia a la satisfacción con el apoyo familiar y con el apoyo que siente por su pareja. El cuestionario de Autocuidados de desarrollo personal e interacción social quedaría con un total de 15 ítems y una buena consistencia interna en todas sus dimensiones.

Por último en el cuestionario autocuidados específicos del problema de salud, se nos sugiere la eliminación de los ítems 41 y 45, ambos dos de la dimensión grado de conocimientos y que hacen alusión al grado de conocimientos sobre su problema de salud y sobre el procedimiento de higiene

y cuidados de la ostomía. El cuestionario definitivo constaría de 16 Ítems y una consistencia interna muy buena.

### 3.4 Consistencia temporal del CAESPO.

Así mismo, y con el objetivo de corroborar la fiabilidad del CAESPO se elaboró una prueba de consistencia temporal (test-retest) de la batería completa de los tres cuestionarios de Autocuidados, en la que administramos el mismo test en dos ocasiones diferentes separadas por un lapso de tiempo inferior a 30 días a la misma muestra de sujetos y calculamos el coeficiente de correlación entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las dos ocasiones, evaluando de este modo la estabilidad de los resultados a través del tiempo y determinando el coeficiente de fiabilidad denominado coeficiente de estabilidad temporal.

En los resultados reflejados en la Tabla 12 podemos observar los valores de consistencia interna determinada por el Alfa de Combrach en ambas entrevistas, los cuales se pueden clasificar como buenos ( $\alpha = 0,865$  y  $\alpha = 0,848$ ), y el valor de la consistencia temporal entre las dos entrevistas, el cual es excelente ( $\alpha = .987$ ) tal y como señalan George & Mallery (28).

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	.865
		N de elementos	60 <sup>a</sup>
	Parte 2	Valor	.848
		N de elementos	60 <sup>b</sup>
	N total de elementos		120
	Correlación entre formas		

Tabla nº4. Coeficiente de Pearson. Estabilidad Temporal. Fuente propia.

## 4 Conclusiones.

En relación al CAESPO, cuestionario específico de medición de autocuidados en pacientes enterostomizados, y sus criterios de validez y fiabilidad, los resultados obtenidos nos permiten, con las debidas precauciones, su uso provisional para la valoración de los autocuidados y por tanto para el cálculo del riesgo de presentar déficits de los mismos. Procede no obstante, seguir trabajando en el refinamiento de la estructura y la eliminación del número de ítems que nos ha sugerido el Análisis Factorial y que ajustarían la dimensión del cuestionario haciéndolo más práctico, siendo necesaria la continuar con una nueva etapa de validación del instrumento.

La estructura de subescalas planteadas en el instrumento, facilita la evaluación independiente o conjunta en función de qué queramos medir, teniendo en cuenta, tal y como ha quedado

evidenciado en el análisis de segmentación de la población de estudio, la existencia de grupos con necesidades diversas.

## **Bibliografía.**

1. Dorado J. Stoma Marking & Quality of life. 2011.
2. Campillo J. Estudio Stoma Life Coloplast. 2014; Available at: [http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/0/49b7e19ce680683bc1257ceb004bac98/\\$FILE/Stoma%20Life.pdf](http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/0/49b7e19ce680683bc1257ceb004bac98/$FILE/Stoma%20Life.pdf). Accessed July 24, 2014.
3. Cancio López S., Coca C., Fernandez I., García M. Estudio Coste efectividad de la Atención Especializada en Ostomía. 2014.
4. Bekkers M, Van Knippenberg F, Van Den Borne H, Poen H, Bergsma J, van BergeHenegouwen G. Psychosocial adaptation to stoma surgery: a review. *J Behav Med* 1995;18(1):1-31.
5. Olbrisch M. Development and validation of the ostomy adjustment scale. *Rehabilitation Psychology* 1983;28:3-12.
6. Knowles SR, Cook SI, Tribbick D. Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: A preliminary study with IBD stoma patients. *Journal of Crohn's and Colitis* 2013 11/1;7(10):e471-e478.
7. Bekkers M. Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. *Psychosom Med* 1996;58(2):183-191.
8. Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LLM. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs* 2007;60(6):627-635.
9. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191-215.
10. Wu HKM, Chau JPC, BN MPN, Twinn S. Self-efficacy and Quality of Life Among Stoma Patients in Hong Kong. *Cancer Nurs* 2007;30(3):186.
11. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of practice*. 1991.
12. MI Mariscal. *Autocuidados y Salud en mujeres afectadas de cáncer de mama*. ProQuest Dissertations & Thesis.; 2006.
13. GARCÍA JC, MARTÍNEZ MR. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería clínica* 1996;6(5):213.
14. De Frutos Muñoz R, Solís Muñoz M, Hernando López A, Béjar Martínez P, Navarro Antón C, Mayo Serrano N, et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas de Enfermería* 2011;14(2):24-31.
15. Merino Navarro D. *Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama*. 2012.

16. E. Moreno. Autocuidados en personas adultas afectadas de Diabetes Mellitus Tipo 2. Universidad de Huelva; 2012.
17. M. Vargas. Autocuidados y Percepción de Salud en personas afectadas de Psoriasis. Universidad de Huelva; 2013.
18. MJ Morano. Capacidades de autocuidados de los familiares de las personas en procesos críticos. Universidad de Huelva; 2011.
19. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). : Elsevier Health Sciences; 2009.
20. Carballo A. Guía rápida de colostomías 2008.
21. Lenneberg E, Mendelssohn AN, Gross L, United Ostomy Association. Guía de colostomía. : United Ostomy Association; 2004.
22. Arroyo A. Guía de información al paciente con colostomías. : Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat; 2008.
23. Ballesta López F, Blanes Compañ F, Castells Molina M, Domingo Pozo M, Fernández Molina M. Guía de Actuación de Enfermería: manual de procedimientos generales. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat 2007.
24. Durán M, Martínez M, Marto M. Guía para la persona Colostomizada y la familia. 2013; Available at: <http://estomaterapia.es/>. Accessed 07/22, 2014.
25. Nunally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 1978.
26. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951;16(3):297-334.
27. Kaiser HF. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. Psychometrika 1958;23(3):187-200.
28. George D, Mallery M. Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference. Boston: Allyn&Bacon; 2003. p. 231.
29. Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. : Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education; 2003.
30. Satorra A, Bentler PM. A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. Psychometrika 2001;66(4):507-514.

## Anexo1. CAESPO

### ENTREVISTA CUESTIONARIO SOBRE LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS.\*

\*Adaptado, con autorización de la autora, desde el CAESCAM (Cuestionario de autocuidados específicos en el cáncer de mama), elaborado y validado por la Dra. M<sup>a</sup> Isabel Mariscal Crespo.

#### 1. AUTOCUIDADOS GENERALES

##### 1.1 Autocuidados generales. Dimensión Conocimientos.

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Muy Bajos</b>	<b>Bajos</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy Altos</b>
1.Grado de conocimiento que el paciente tiene sobre la dieta que debe de seguir.	1	2	3	4
2.Grado de conocimiento que el paciente tiene sobre la actividad física que debe realizar.	1	2	3	4
3.Grado de conocimiento que el paciente tiene sobre técnicas de mejora del sueño, como la relajación.	1	2	3	4

##### 1.2 Autocuidados generales. Dimensión Práctica.

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Alguna vez</b>	<b>1 vez al mes</b>	<b>1 vez semana</b>
<b>Control de peso.</b>				
4.Controla su peso	1	2	3	4
<b>Dieta.</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 r/semana</b>	<b>2-3 r/semana</b>	<b>1 r/día</b>
5.Toma verduras	1	2	3	4
6.Toma cereales integrales	1	2	3	4
	<b>Nunca</b>	<b>1 p/día</b>	<b>2 p/día</b>	<b>3 o más p/día</b>
7.Toma frutas	1	2	3	4
8.Toma leche y/o derivados (leche, queso, yogurt)	1	2	3	4
	<b>1- 2 vasos</b>	<b>3-4 vasos</b>	<b>5-6 vasos</b>	<b>7 o más vasos</b>
9.Toma agua diariamente	1	2	3	4
	<b>Nunca</b>	<b>Alguna vez</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Siempre</b>
10.Controla la sal en comidas	1	2	3	4
11.Evita alimentos ricos en grasas	1	2	3	4
12.Evita alimentos y bebidas flatulentos	1	2	3	4
13.Evita alimentos que producen olor en las heces	1	2	3	4
<b>Actividad física.</b>	<b>Nunca</b>	<b>1-2 veces / semana</b>	<b>3-4 veces /semana</b>	<b>Todos los días</b>
14.Camina 30 minutos o realiza algún otro ejercicio aeróbico.	1	2	3	4
<b>Sueño. Relajación.</b>				
15.Mantiene un horario de sueño ajustado a sus necesidades	1	2	3	4
16.Utiliza técnicas de relajación cuando lo necesita.	1	2	3	4

### 1.3 Autocuidados generales. Dimensión grado de interés.

Rodee la alternativa elegida:	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
<b>Control de peso. Dieta.</b>				
17.Grado de interés que el paciente tiene por seguir una dieta equilibrada.	1	2	3	4
18.Grado de interés que el paciente tiene por mantener el peso adecuado.	1	2	3	4
19.Grado de interés que el paciente tiene en la relación entre la dieta y sus consecuencias: gases intestinales, consistencia y olor de las heces.	1	2	3	4
<b>Actividad física.</b>				
20.Grado de interés que el paciente tiene por mantenerse ágil y activo.	1	2	3	4
<b>Sueño. Relajación.</b>				
21.Grado de interés que el paciente tiene por aprender a relajarse cuando lo necesite.	1	2	3	4

## 2. AUTOCUIDADOS DE DESARROLLO PERSONAL E INTERACCIÓN SOCIAL

### 2.1 Autocuidados de desarrollo personal e interacción. Dimensión grado de conocimientos.

Rodee la alternativa elegida:	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
22.Grado de conocimientos del paciente sobre asociaciones y grupos de ayuda mutua de pacientes ostomizados.	1	2	3	4
23.Grado de conocimientos del paciente sobre distintos tipos de dispositivos y técnicas que favorezcan el control de la eliminación intestinal (Irrigación de colostomía y uso de obturador)	1	2	3	4
24.Grado de conocimiento del paciente sobre indumentaria adecuada.	1	2	3	4

### 2.2 Autocuidados de desarrollo personal e interacción. Dimensión Práctica.

Rodee la alternativa elegida:	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
25.Nivel de asesoramiento realizado por profesionales sanitarios sobre cuidados que pueda necesitar.	1	2	3	4
26.Nivel de práctica en preparación de materiales y el medio para los autocuidados.	1	2	3	4
27.Nivel de dedicación diario a realizar actividades recreativas o de ocio.	1	2	3	4
28.Nivel de expresión de sentimientos y preocupaciones cuando lo necesita es.	1	2	3	4
29.Capacidad para hablar con alguna persona de su familia o amiga de su aspecto físico cuando lo necesita.	1	2	3	4
30.Capacidad para observarse ante el espejo y tocar la zona periestomal.	1	2	3	4
31.Capacidad para hablar con su pareja de su aspecto físico cuando lo necesita.	1	2	3	4

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Muy bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>
32.Nivel de dedicación al cuidado de su aspecto físico.	1	2	3	4
33.Influencia de su problema de salud con sus relaciones sexuales.	1	2	3	4
34.Capacidad para hablar con su pareja de sus relaciones sexuales cuando lo necesita.	1	2	3	4
35.Capacidad para permitir que su pareja vea la zona afectada.	1	2	3	4

### 2.3 Autocuidados de desarrollo personal e interacción. Dimensión grado de interés.

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Muy bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>
36.Grado de satisfacción con la comunicación que tiene con sus amigos.	1	2	3	4
37.Grado de satisfacción con la comunicación que tiene con su familia.	1	2	3	4
38.Grado de satisfacción con el apoyo por su familia.	1	2	3	4
39.Grado de satisfacción con la comunicación que tiene con su pareja.	1	2	3	4
40.Grado de satisfacción con el apoyo que siente por su pareja.	1	2	3	4

## 3. AUTOCUIDADOS ESPECÍFICOS DEL PROBLEMA DE SALUD.

### 3.1 Autocuidados específicos del problema de salud. Dimensión grado de conocimientos.

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Muy bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>
41.Grado de conocimiento sobre su problema de salud.	1	2	3	4
42.Grado de conocimiento sobre el funcionamiento de su estoma.	1	2	3	4
43.Grado de conocimiento sobre autocuidados de su problema de salud.	1	2	3	4
44.Grado de conocimiento sobre procedimientos de higiene y cuidados de la ostomía.	1	2	3	4
45.Grado de conocimiento sobre procedimiento de higiene y cuidados de la piel periestomal.	1	2	3	4
46.Grado de conocimiento sobre diferentes tipos de dispositivos.	1	2	3	4
47.Grado de conocimiento sobre cambio y la colocación de dispositivos.	1	2	3	4
48.Grado de conocimiento sobre recursos terapéuticos (profesionales, servicios, instituciones).	1	2	3	4
49.Grado de conocimiento sobre posibles complicaciones relacionadas con su ostomía.	1	2	3	4

### 3.2 Autocuidados específicos del problema de salud. Dimensión Práctica.

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Muy bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>
50. La capacidad de medir el estoma para el ajuste adecuado del dispositivo es:	1	2	3	4
51. La capacidad para vaciar la bolsa de la ostomía es:	1	2	3	4
52. La capacidad para cambiar el dispositivo de la ostomía es:	1	2	3	4
53. La capacidad para llevar a cabo los cuidados de la piel periestomal.	1	2	3	4
54. La capacidad para llevar a cabo la irrigación intestinal es:	1	2	3	4

### 3.3 Autocuidados específicos del problema de salud. Dimensión grado de interés.

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Muy bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>
55. Siente optimismo respecto al futuro:	1	2	3	4
56. Desea trabajar y ocuparse de las labores domésticas:	1	2	3	4
57. Confía en las posibilidades de reorganizar su vida:	1	2	3	4
58. Cree que la mejoría de su salud depende en parte de que su actitud sea positiva:	1	2	3	4

**Muchas gracias por su colaboración.**