



Validación del Inventario de Habilidades del
Cuidador en una muestra de cuidadores
venezolanos de pacientes oncológicos
*Validation of Care Ability Inventory in a Sample
of Venezuelan Caregivers of Cancer Patients*

MARÍA ELENA GARASSINI¹
mgarassini@unimet.edu.ve
Universidad Metropolitana

ANNA CRISTINA RAMOS²
annacrisramos@gmail.com
Universidad Metropolitana

DIEGO BELLO³
dxbongo@gmail.com
Universidad Metropolitana

Recibido: 16/04/2015

Aceptado: 07/09/2015

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo validar, en la República Bolivariana de Venezuela, el Inventario de Habilidades del Cuidador, de Ngozi Nkongho (1999), en una muestra de cuidadores venezolanos de pacientes oncológicos. El autor propone que a mayor puntaje en la escala, mayor ha-

¹ Dra. en Psicología (UCV), Dra. en Didáctica y Organización de Instituciones Educativas (Universidad de Sevilla), Magister en Psicología del Desarrollo Humano (UCV), Licenciada en Psicología (UCV). Profesora y Directora de la Escuela de Psicología de la Universidad Metropolitana.

² Licenciada en Psicología (Universidad Metropolitana)

³ Licenciado en Psicología (Universidad Metropolitana)



bilidad de cuidado tendrá un cuidador. Entre los objetivos se planteó la adecuación lingüística a través del criterio de un experto y la verificación de la confiabilidad, la validez convergente y divergente, la validez de constructo y contenido con respecto al inventario. La metodología que se utilizó fue la de un estudio cuantitativo instrumental, no experimental. La muestra fue de tipo no probabilística, en donde se contó con la participación de 312 sujetos mayores de 18 años. Los resultados que se obtuvieron a partir de esta investigación sugieren un modelo factorial de seis dimensiones, compuesto por: Coraje, Conocimiento, Perseverancia y Empatía, Apertura, Afrontamiento y Habilidades Sociales. Se encontró que el instrumento de Habilidades del Cuidador posee una relación directa con el constructo de Bienestar, mientras que con el constructo de Estrés, no se encontró relación ni directa, ni inversa. Se realizó un contraste entre los factores del modelo y las variables descriptivas de la muestra, en donde se obtuvieron diferencias significativas en las variables de Sexo, Relación del Cuidador con el Paciente, Tipo de Cáncer y Ciclo Vital.

Palabras clave: Habilidades del cuidador, pacientes oncológicos, cuidador, validación.

Abstract

This research aims to validate in the Bolivarian Republic of Venezuela the skills inventory of the caregiver of Ngozi Nkongho (1999), in a sample of Venezuelan caregivers of cancer patients. The author suggests that the higher the score on the scale, the greater the ability of a caregiver is going to be. Among the objectives, arises the linguistic adequacy through an expert's judgment, as well as verifying the reliability, convergent and divergent validity, construct and content's validity related to inventory. The methodology used was a non-experimental, instrumental quantitative study. The sample was non-probabilistic type, where the participation was of 312 people older than 18 years. The results obtained from this research suggested a six-dimensional factor model, which are: Courage, Knowledge, Perseverance, Empathy, Opening, Coping, and Social Skills. It was found that the Caregiver's Skills Instrument has a direct relationship with the welfare construct. On the other hand, in the stress construct neither direct nor inverse relationship was found. A contrast between model's factors and sample's descriptive variables



was performed; it showed off significant differences in the variables of Sex, Relationship Patient-Caregiver, Type of Cancer, and Life Cycle.

Key words: Caregiver's abilities, cancer patients, caregiver, validation.

Introducción

El cáncer, según la OMS (2014), es una enfermedad que se genera por un crecimiento incontrolado e incesante de células. En situaciones normales, las células se multiplican de forma constante y sirven para reemplazar a las células viejas que recubren los tejidos y los órganos; esta multiplicación se rige por los genes. Sin embargo, cuando los genes sufren mutaciones en sus estructuras se produce una multiplicación ininterrumpida de las células, lo que origina el cáncer (García, Pascual, Riera, Torras & Sirera, 2000).

En Venezuela el cáncer es una de las enfermedades con más morbilidad y mortalidad en la población, reportándose una mortalidad de 18.155 casos para el 2005, por lo que representa una de las enfermedades que más atención recibe en el campo de investigación (Capote, 2006). Se considera pertinente hacer aportes relevantes de tipo psicométrico al área.

La psicooncología es la rama de psicología que “ofrece soporte a los pacientes afectados de cáncer, a los familiares y profesionales de la salud, ayudando a manejar los cambios que se generan a lo largo de la enfermedad” (Malca, 2005: 64). Además de acompañar al paciente durante su enfermedad, también le brinda apoyo a los cuidadores y profesionales de la salud, dándoles espacios para abordar emociones, dudas y temores, de tal forma que se prevenga el Síndrome del Quemado o *Burn-out* (Barreto & Soler, 2003).

El paciente oncológico requiere de cuidados especiales y específicos que en la mayoría de los casos son brindados por cuidadores familiares, en quienes recae una importante responsabilidad que, en la mayoría de los casos, no poseen la preparación previa para el reto que significa



atender a una persona día a día con necesidades especiales (American Cancer Society, 2012).

La Compagnie Française d'Assurance pour le Commerce Extérieur (2012) define al cuidador familiar como "cualquier hombre o mujer, no profesional que, por defecto u opción, proporciona asistencia a una persona de su entorno que sea dependiente" (COFACE, 2012: 1). En consecuencia es crucial que esta persona, a la que se le denomina cuidador, tenga las capacidades necesarias para satisfacer las necesidades del paciente oncológico, el cual dependiendo de su condición, será más o menos dependiente de su entorno social.

Con los nuevos avances en la tecnología y en la medicina, enfermedades que anteriormente eran mortales han logrado ser controladas y ha aumentado la expectativa de vida del paciente, hasta el punto que puede residir fuera del hospital. Debido a esto, la figura del cuidador ha tomado más relevancia en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Es por esto que en esta investigación se busca aportar evidencia acerca de la posible utilidad del instrumento para medir las Habilidades del Cuidador de Ngozi Nkongho (1999), enfocada en los planteamientos de Mayeroff, en los que se evalúan las habilidades del cuidador, tanto familiar, como de profesionales de la salud en una muestra venezolana.

De lograrse establecer la validez de contenido, constructo y criterio, además de la consistencia interna, se podrá poner a disposición de los profesionales de la salud un método para evaluar las habilidades del cuidador de pacientes oncológicos, ya sea con fines educativos o de investigación, que pudiesen en un futuro mejorar la calidad del cuidado brindado al paciente a través del cuidador y, en consecuencia, crear condiciones de calidad de vida para ambos.

Metodología

Muestra

La muestra fue de 312 sujetos, 89,4% cuidadores familiares y 10,6% enfermeros de pacientes oncológicos. El género que predominó fue el



sexo femenino, con un 75,3%. El período de aplicación fue de julio 2014 a septiembre 2014.

Instrumentos

Se describen los tres instrumentos a utilizar: el instrumento a validar: **Inventario de Habilidades del Cuidador** (Ngozi Nkongho, 1999); el instrumento para realizar la validez convergente: **Escala de Bienestar Psicológico** (Sánchez-Cánovas, 2007), y el instrumento para realizar la validez divergente: **Escala de estrés percibido; EPE** (Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983).

- **Inventario de Habilidades del Cuidador:** Instrumento que mide la habilidad que posee una persona para cuidar de otra, elaborada por Ngozi Nkongho (1999). Consta de 37 ítems, incluidos en tres subescalas (Conocimiento, paciencia y coraje), fraseados en formato Likert de siete puntos que van de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (7). Los ítems 1, 5, 10, 17, 18, 20, 21, 24, 25, 27 y 37 se invierten. En la muestra de 537 estadounidenses a los que se le aplicó, se obtuvo un coeficiente Alpha para cada subescala entre 0.71 y 0.84, y el test-retest tuvo un rango de entre 0.64 y 0.80 (Nkongho, 1990).
- **Escala de Bienestar Psicológico:** Diseñada por Sánchez-Cánovas (2007), y luego adaptada a la población venezolana por Millán y D'Aubeterre (2011). La escala consta de 65 ítems, distribuidos de manera diferencial en cuatro subescalas: Bienestar psicológico subjetivo, Bienestar material, Bienestar laboral y relaciones con la pareja. La escala de respuesta es de tipo Likert de cinco puntos, con dos sistemas de valoraciones distintas que van desde "Nunca" o "Casi nunca" hasta "Siempre" para el caso de las subescalas de Bienestar subjetivo, Material y Laboral. A diferencia de la subescala de Relaciones con la pareja, la valoración va desde "Totalmente en desacuerdo" hasta "Totalmente de acuer-



do". En la muestra venezolana se reportó un coeficiente alpha de 0.923 para la Escala Combinada de 65 ítems, y para la Escala Ponderada de 24 ítems, un alpha de 0.866. Con respecto al alpha por dimensión, se reportaron valores que van entre los 0.706 y los 0.925 puntos.

- **EPP:** Escala para medir el estrés percibido, creado por Cohen, Kamarak y Mermelstein en 1983 y adaptada a la población venezolana por Alimar, Silvana y Geohanna (2012). La versión consta de 14 ítems en formato Likert de cinco puntos, donde (0) equivale a "nunca" y (4) equivale a "muy a menudo". En la muestra venezolana fue aplicada a 867 policías y bomberos, y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.95.

Procedimiento

Debido a que el instrumento a validar (Inventario de Habilidades del Cuidador, de Ngozi Nkongho, 1999) se encontraba inicialmente en inglés, se contactó a un traductor experto que realizó la adecuación lingüística del instrumento al español, para ser utilizado en la muestra seleccionada sin que afectase la estructura de los ítems, ni los resultados obtenidos a partir de estos.

Para Nunnally y Bernstein (1995), la validación de contenido es un aspecto importante en el proceso de validación de los test psicométricos; dicha validación se llevó a cabo a través de una evaluación por parte de tres expertos que realizaron la revisión de cada uno de los ítems, tanto en la redacción como en el contenido, señalando la pertinencia del 100% de estos en ambos aspectos. Cabe destacar que personal calificado de los centros de salud en donde se obtuvo la muestra, también procedió a revisar, evaluar y aprobar el instrumento sin ningún tipo de corrección, de redacción, de contenido.

Según Carretero-Dios y Pérez (2005), este aspecto de la validación de expertos es importante, ya que no sólo se debe comprobar las propiedades psicométricas del instrumento, sino que también debe repre-



sentar una adaptación de los aspectos culturales de la población donde se busca validar el test, para así asegurar el funcionamiento adecuado del mismo.

Los datos fueron recogidos por los autores en tres centros asistenciales (Hospital Padre Machado, Hospital Luis Razetti y Centro Oncológico Integral). La selección de la muestra fue de tipo no probabilística y causal. A los participantes, cuidadores que asistían con el enfermo al centro asistencial, se les entregó en primer lugar un consentimiento, el cual fue firmado previo el llenado de los tres instrumentos requeridos. Una vez completados los instrumentos por la totalidad de la muestra, los datos fueron vaciados en SPSS para proceder con el tratamiento estadístico de los mismos.

Discusión de resultados

En cuanto a la estimación de la consistencia interna, fue realizada a partir del valor obtenido en el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach; para el instrumento en su estructura y número de ítems originales se obtuvo un valor de 0.729, siendo de magnitud “adecuada” según el criterio de Prieto y Muñoz (2000), lo cual se encuentra de acuerdo con los valores encontrados por Nkongho (1990) y Flórez, Montalvo-Prieto y Stavro (2008). Sin embargo, en la reestructuración de ítems que se planteó luego de que se realizase el ANFAE y el ANFAC, el valor del Alpha de Cronbach se vio disminuido a 0.583, aunque, se debe considerar que se realizó una readecuación del modelo utilizado, donde se eliminaron varios ítems que poseían aporte a la confiabilidad, por lo que para obtener un valor más acertado será necesaria una replicación con los ítems propuestos.

Para evaluar la validez de constructo, se inició con el análisis de los ítems del instrumento, para conocer si su capacidad discriminativa y su distribución eran adecuadas. Se puede observar a partir de los resultados que las respuestas a los ítems no se encuentran distribuidas homogéneamente entre los siete puntos de la escala Likert utilizada, por lo que



sería pertinente considerar la reducción de la escala de 7 a 5 puntos para buscar así una distribución menos heterogénea en las respuestas.

TABLA 1
PORCENTAJE DE RESPUESTA EN LA ESCALA LIKERT DE CADA UNO DE LOS ÍTMS

N=312	Opciones de respuesta						
	1	2	3	4	5	6	7
IHC_1	4%	1%	2%	8%	8%	14%	64%
IHC_2	2%	1%	2%	3%	5%	11%	77%
IHC_3	4%	1%	9%	15%	23%	15%	33%
IHC_4	37%	9%	8%	9%	10%	11%	15%
IHC_5	5%	2%	4%	8%	13%	18%	50%
IHC_6	10%	5%	6%	19%	16%	15%	29%
IHC_7	5%	1%	5%	14%	21%	21%	33%
IHC_8	47%	13%	12%	11%	8%	4%	5%
IHC_9	2%	1%	4%	13%	16%	17%	48%
IHC_10	4%	3%	5%	17%	16%	18%	38%
IHC_11	56%	5%	5%	4%	6%	4%	20%
IHC_12	37%	10%	9%	11%	11%	8%	14%
IHC_13	53%	8%	8%	7%	5%	6%	12%
IHC_14	28%	8%	8%	15%	14%	11%	16%
IHC_15	17%	7%	7%	16%	14%	13%	26%
IHC_16	34%	11%	8%	10%	10%	8%	18%
IHC_17	3%	2%	1%	4%	7%	16%	68%
IHC_18	1%	0%	0%	2%	2%	9%	86%



Continuación Tabla 1. Porcentaje de respuesta en la escala Likert de cada uno de los ítems

N=312	Opciones de respuesta						
	1	2	3	4	5	6	7
IHC_19	4%	1%	3%	5%	14%	19%	54%
IHC_20	1%	0%	0%	0%	3%	8%	88%
IHC_21	3%	1%	1%	5%	8%	14%	69%
IHC_22	2%	1%	2%	11%	21%	18%	46%
IHC_23	13%	4%	5%	6%	14%	20%	39%
IHC_24	1%	0%	1%	5%	6%	14%	73%
IHC_25	21%	5%	5%	13%	19%	13%	25%
IHC_26	3%	2%	4%	7%	14%	19%	52%
IHC_27	5%	2%	2%	9%	13%	22%	46%
IHC_28	27%	6%	9%	10%	17%	15%	16%
IHC_29	37%	10%	10%	10%	10%	11%	13%
IHC_30	2%	1%	4%	5%	7%	16%	64%
IHC_31	11%	2%	2%	9%	11%	14%	50%
IHC_32	60%	8%	6%	4%	4%	3%	14%
IHC_33	4%	3%	4%	10%	12%	15%	53%
IHC_34	1%	0%	2%	6%	7%	17%	66%
IHC_35	0%	0%	0%	1%	4%	16%	77%
IHC_36	1%	1%	0%	1%	3%	12%	82%
IHC_37	6%	1%	4%	9%	14%	17%	49%

Fuente: Elaboración propia.



Con respecto a la capacidad discriminativa de los ítems, se encontró que sólo los ítems 5, 11, 16, 30 y 32 se podrían considerar reactivos discriminantes; sin embargo, todos los ítems poseían un aporte adecuado a la confiabilidad (a excepción de los ítems 7, 19 y 21) y comunalidad, por lo que no se eliminaron ítems basados en este indicador.

TABLA 2

Número de ítem	Rango	Media	Desviación típica	Capacidad discriminativa del ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	Aporte a la confiabilidad	Comunalidad
IHC_1	7	6,12	1,51	0,119	0,728	El ítem aporta a la confiabilidad	0,65
IHC_2	7	6,47	1,23	0,162	0,726	El ítem aporta a la confiabilidad	0,46
IHC_3	7	5,28	1,63	0,149	0,727	El ítem aporta a la confiabilidad	0,50
IHC_4	7	3,41	2,32	0,197	0,726	El ítem aporta a la confiabilidad	0,57
IHC_5	7	5,77	1,67	0,302	0,719	El ítem aporta a la confiabilidad	0,58
IHC_6	7	4,85	1,95	0,16	0,727	El ítem aporta a la confiabilidad	0,49
IHC_7	7	5,39	1,62	0,113	0,729	El ítem no aporta a la confiabilidad	0,44



Continuación Tabla 2

Número de ítem	Rango	Media	Desviación típica	Capacidad discriminativa del ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	Aporte a la confiabilidad	Comunalidad
IHC_8	7	2,55	1,86	0,257	0,721	El ítem aporta a la confiabilidad	0,57
IHC_9	7	5,82	1,44	0,202	0,724	El ítem aporta a la confiabilidad	0,54
IHC_10	7	5,44	1,65	0,17	0,726	El ítem aporta a la confiabilidad	0,56
IHC_11	7	2,91	2,47	0,429	0,708	El ítem aporta a la confiabilidad	0,67
IHC_12	7	3,32	2,25	0,275	0,72	El ítem aporta a la confiabilidad	0,52
IHC_13	7	2,73	2,23	0,294	0,719	El ítem aporta a la confiabilidad	0,63
IHC_14	7	3,76	2,21	0,299	0,718	El ítem aporta a la confiabilidad	0,60
IHC_15	7	4,43	2,17	0,285	0,719	El ítem aporta a la confiabilidad	0,58
IHC_16	7	3,49	2,33	0,343	0,715	El ítem aporta a la confiabilidad	0,48



Continuación Tabla 2

Número de ítem	Rango	Media	Desviación típica	Capacidad discriminativa del ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	Aporte a la confiabilidad	Comunalidad
IHC_17	7	6,31	1,34	0,289	0,721	El ítem aporta a la confiabilidad	0,62
IHC_18	7	6,74	0,82	0,225	0,725	El ítem aporta a la confiabilidad	0,63
IHC_19	7	5,98	1,51	0,072	0,73	Debería eliminarse el ítem	0,68
IHC_20	7	6,79	0,75	0,172	0,726	El ítem aporta a la confiabilidad	0,66
IHC_21	7	6,30	1,33	0,089	0,729	El ítem no aporta a la confiabilidad	0,60
IHC_22	7	5,86	1,35	0,133	0,727	El ítem aporta a la confiabilidad	0,58
IHC_23	7	5,23	2,07	0,279	0,72	El ítem aporta a la confiabilidad	0,60
IHC_24	7	6,51	0,98	0,275	0,723	El ítem aporta a la confiabilidad	0,59
IHC_25	7	4,41	2,20	0,238	0,722	El ítem aporta a la confiabilidad	0,59



Continuación Tabla 2

Número de ítem	Rango	Media	Desviación típica	Capacidad discriminativa del ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	Aporte a la confiabilidad	Comunalidad
IHC_26	7	5,92	1,50	0,232	0,723	El ítem aporta a la confiabilidad	0,62
IHC_27	7	5,73	1,66	0,199	0,724	El ítem aporta a la confiabilidad	0,56
IHC_28	7	3,92	2,24	0,215	0,724	El ítem aporta a la confiabilidad	0,58
IHC_29	7	3,32	2,24	0,205	0,725	El ítem aporta a la confiabilidad	0,58
IHC_30	7	6,19	1,41	0,332	0,718	El ítem aporta a la confiabilidad	0,62
IHC_31	7	5,52	1,99	0,181	0,726	El ítem aporta a la confiabilidad	0,64
IHC_32	7	2,49	2,22	0,333	0,716	El ítem aporta a la confiabilidad	0,68
IHC_33	7	5,81	1,67	0,193	0,725	El ítem aporta a la confiabilidad	0,62
IHC_34	7	6,34	1,18	0,238	0,723	El ítem aporta a la confiabilidad	0,58

Continuación Tabla 2

Número de ítem	Rango	Media	Desviación típica	Capacidad discriminativa del ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	Aporte a la confiabilidad	Comunalidad
IHC_35	7	6,66	0,77	0,27	0,724	El Ítem aporta a la confiabilidad	0,60
IHC_36	7	6,66	0,96	0,166	0,726	El Ítem aporta a la confiabilidad	0,66
IHC_37	7	5,72	1,70	0,169	0,726	El Ítem aporta a la confiabilidad	0,55

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, se aplicó el método de los dos pasos, planteada por Anderson y Gerbing (1988). En primer lugar se exploraron los posibles modelos factoriales mediante el ANFAE, donde se obtuvieron cinco modelos en los cuales fue necesaria la eliminación de varios ítems ya que no cumplían los criterios para ser considerados como una estructura válida (Hernández, Fernández y Baptista, 2007), debido a estas restructuraciones fue necesaria la confirmación de que se mantuviese la estructura factorial propuesta por el primer análisis, por lo que se realizó un segundo ANFAE a estos modelos.

En la Tabla 3 se presenta el modelo resultante de la eliminación de ítems y reducción de factores, donde fueron eliminados 17 ítems quedando así seis factores. El mismo procedimiento se realizó para los modelos de cuatro factores donde se eliminaron seis ítems, de seis factores donde se eliminaron 9 ítems y de tres factores donde se eliminaron cuatro ítems. Posteriormente a la acomodación de los modelos, se vuelve a aplicar el ANFAE de manera de confirmar que se mantiene la estructura inicial. Finalmente, el modelo de trece factores fue descartado,



ya que los ítems se encontraban muy dispersos dentro de los factores y al intentar reducirlo a un modelo más simple, éste se solapaba con el modelo de doce factores.

TABLA 3
MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
IHC_p32	.784					
IHC_p11	.773					
IHC_p13	.744					
IHC_p4	.686					
IHC_p35		.753				
IHC_p9		.682				
IHC_p34		.679				
IHC_p20			.753			
IHC_p19			.626			.303
IHC_p21		.362	.614			
IHC_p18			.526	.389		
IHC_p10				.626		
IHC_p2				.618		
IHC_p17				.600		
IHC_p28					.801	
IHC_p29					.663	
IHC_p16	.388				.500	
IHC_p37						.765
IHC_p6						.583
IHC_p7						.531

Fuente: Elaboración propia.



Finalizada esta fase se procedió al segundo paso propuesto por Anderson y Gerbing (1988), evaluando a cada uno de manera individual y comparándolo con las otras propuestas obtenidas en el primer paso. En Análisis Factorial Confirmatorio se sometieron a prueba ocho modelos y los criterios que se utilizaron para la evaluación fueron los propuestos por Hair *et al.* (1999) y Landero (2009):

- Valor del estadístico chi-cuadrado X^2 , donde a mayor valor indica un ajuste menor y a menor valor indica un mejor ajuste.
- Cociente de la división del chi-cuadrado y los grados de libertad (DOF), donde los valores más cercanos a 1 serán los más adecuados.
- Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA), en donde se consideran como valores aceptables aquellos que se encuentren entre 0.05 y 0.08.
- Índice de Bondad de Ajuste de Joreskog (GFI), donde valores entre .90 y .95 son considerados como aceptables y aquellos mayores a 0.95 como ajuste adecuado.

En la siguiente tabla se presenta un resumen de los resultados obtenidos a partir de la comparación entre los cuatro modelos obtenidos a partir de ANFAE, en donde se incluyen los criterios correspondientes a la muestra según Prieto y Muñiz (2000).



TABLA 4
MEDIDAS DE AJUSTE ABSOLUTO

Tamaño de la muestra				312	% Acumulado de S ² total explicada (AFE)	Especificación del tamaño de la muestra. Baremo de Prieto y Muñiz (2000)
Niveles	Nº modelo	Nº factores	Nº de ítems	Origen del modelo (Criterios AFE)		
1	1	6	20	Codo	54,86%	Moderada
	2	4	31	A priori (Teórico)	37%	Moderada
	3	6	28	Codo	45,06%	Moderada
	4	3	32	Autovalor > 1	30,80%	Moderada
	1.1	6	20	No aplica: Viene del arqueo bibliográfico y no del AFE	No aplica	Moderada
2	1.2	4	31	No aplica: Viene del arqueo bibliográfico y no del AFE	No aplica	Moderada
	1.3	6	28	No aplica: Viene del arqueo bibliográfico y no del AFE	No aplica	Moderada
	1.4	3	32	No aplica: Viene del arqueo bibliográfico y no del AFE	No aplica	Moderada

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 5
MEDIDAS DE AJUSTE ABSOLUTO (ANFAC)

Niveles	Nº modelo	gl (Degrees of freedom)	p valor del χ^2	$\chi^2/$ gl (solo aplicable para muestras grandes)	Índice de bondad de ajuste (GFI)	Diferencia entre el GFI del modelo con el mejor GFI de la lista de modelos rivales	Residuo cuadrático medio (RMSR)
1	1	155	.000	0237,02	0,93	No es ajuste perfecto, pero es el mejor ajuste de todos	0,18
	2	428	.000	0697,23	0,87	-0,06	0,18
	3	335	.000	0515,11	0,87	-0,06	0,18
	4	461	.000	0804,25	0,86	-0,07	0,21
2	1.1	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	N/A. El modelo no converge	No aplica
	1.2	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	N/A. El modelo no converge	No aplica
	1.3	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	N/A. El modelo no converge	No aplica
	1.4	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	N/A. El modelo no converge	No aplica

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se presentan los resultados obtenidos basados en los criterios propuestos anteriormente, en donde se observa que el modelo más apto es el de seis factores, presentando un χ^2 de menor magnitud, razón $\chi^2/$ gl más cercano a 1, un GFI de 0.93 y el residuo cuadrático medio (RMSR) de 0.18.

Adicional a estos criterios iniciales, se tomaron en cuenta indicadores adicionales comprendidos por las medidas de ajuste incremental, compuesto por el índice de bondad de ajuste AGFI, el índice de ajuste nor-



mado (NNFI) y no normado (NFI), cuyo valores deben de ser superiores a 0.90 para ser adecuados. Se incluyeron además, las medidas de ajuste de parsimonia propuesto por (Akaike, 1987), comprendido por el índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) y el índice de calidad de ajuste de parsimonia (PGFI).

TABLA 6
MEDIDAS DE AJUSTE INCREMENTAL Y DE PARSIMONIA

Niveles	N° Modelo	Medidas de ajuste incremental (ANFAC)			Medidas de ajuste de parsimonia (ANFAC)	
		Índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI)	Índice de bondad de no normado (NNFI)	Índice de ajuste normado (NFI)	Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI)	Índice de calidad de ajuste de parsimonia (PGFI)
1	1	0,90	0,93	0,86	0,7	0,69
	2	0,85	0,91	0,81	0,75	0,75
	3	0,85	0,91	0,81	0,75	0,75
	4	0,84	0,9	0,79	0,74	0,75
2	1.1	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge
	1.2	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge
	1.3	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge
	1.4	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge	N/A: EI modelo no converge

Fuente: Elaboración propia.



En la tabla 6 se puede observar nuevamente cómo el modelo de seis factores y 20 ítems resulta el más adecuado nuevamente. Por lo que a continuación se presenta la reestructuración del modelo justificado con base en el contenido de los ítems; y el modelo teórico basado en investigaciones previas, tanto prácticas como teóricas:

- Coraje (Ítems 32, 11, 13 y 4): Según Peterson y Seligman (2004), el coraje son las fortalezas adquiridas en experiencias pasadas, que implican la consecución de metas ante situaciones de dificultad, así como también estar abierto a las necesidades del presente; es decir, el coraje es la habilidad de un cuidador para sentir motivación de ayudar a un paciente aun cuando existan variables que él no pueda controlar.
- Conocimiento (Ítems 35, 9 y 34): Implica el interés por conocer la situación del paciente y así transmitirle su disponibilidad, solidaridad y voluntad de acompañarlo en el desarrollo de su realidad, pues como lo define Mayeroff (1971), es comprender quién es la persona atendida, sus necesidades, fortalezas y debilidades, y lo que promueve su bienestar.
- Perseverancia y empatía (Ítems 20, 19, 21 y 18): Según Peterson y Seligman (2004), perseverancia se define como “terminar lo que uno empieza; persistir en una actividad aunque existan obstáculos; obtener satisfacción por las tareas emprendidas y que consiguen finalizarse con éxito” (Peterson y Seligman, 2004: 29). En cuanto a empatía, es definida como aquella reacción emocional provocada y coherente con el estado emocional del otro y que es semejante a lo que la otra persona está sintiendo o podría llegar a sentir (Eisenberg, Carlo, Murphy y van Court, 1995; Eisenberg, Zhou y Koller, 2001; Hoffman, 1987; Holmgren, Eisenberg y Fabes, 1998; citado en Sánchez-Queija, Oliva y Parra, 2006); por consiguiente, el cuidador será la persona capaz de comprender y entender lo que está sintiendo la persona que cuida y además, es quien debe perseverar hasta que se logre guiar al paciente a una mejor condición o calidad de vida.



- Apertura (Ítems 10, 2 y 17): Definida por Rogers (1951, citado en Cloninger, 2003) como estar abierto a la experiencia, percibiendo de forma precisa los acontecimientos del día a día, aceptando la realidad y tolerando la ambigüedad en las experiencias, por lo que aun cuando el paciente transite por momentos de dificultad, se hace necesario para el cuidador estar abierto a las situaciones que le toque vivenciar con la persona que cuida, con la finalidad apoyar y mejorar su calidad de vida.
- Afrontamiento (Ítems 28, 29 y 16): Según Lazarus y Folkman (1984), son todos aquellos esfuerzos conductuales y cognitivos que constantemente se desarrollan para manejar demandas externas e internas que son evaluadas como excedentes de los recursos que posee un individuo; es decir, será la capacidad del cuidador para desarrollar una respuesta positiva ante las situaciones, a pesar de no poseer las herramientas cognitivas inmediatas para soportar las demandas tanto internas como externas.
- Habilidades sociales (Ítems 37, 6 y 7): Caballo (1986, citado en Ortego, López y Álvarez, 2011) las define como un conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal donde expresa sus deseos, actitudes, sentimientos, opiniones o derechos de una manera adecuada a la situación y respetando esas conductas cuando son manifestadas por los demás, traducándose en la capacidad del cuidador de poder interactuar con los pacientes a pesar de su situación y respetando las conductas que los mismos emitan.

Debido a los resultados obtenidos acerca de la estructura de la prueba, el modelo debe de ser puntuado tomando en cuenta el peso de cada ítem dentro del factor al cual pertenece, lo cual es obtenido a partir de la matriz de coeficientes de puntuaciones presentada a continuación.

TABLA 7
MATRIZ DE COEFICIENTES PARA EL CÁLCULO DE LAS PUNTUACIONES EN LOS COMPONENTES O FACTORES

Matriz de coeficiente de puntuaciones						
	Componente					
	1	2	3	4	5	6
IHC_p2	.036	-.154	.038	.420	-.088	.004
IHC_p4	.280	.063	.040	-.040	-.081	-.108
IHC_p6	-.033	-.034	.020	-.076	.209	.412
IHC_p7	-.043	.002	-.078	.080	-.009	.341
IHC_p9	-.067	.407	-.103	.039	.086	-.123
IHC_p10	-.068	.047	-.135	.431	.055	-.080
IHC_p11	.297	.041	-.001	-.012	.029	.074
IHC_p13	.326	-.049	.008	.045	-.144	.022
IHC_p16	.061	.042	-.069	.164	.294	-.087
IHC_p17	.052	-.016	-.031	.383	.040	.055
IHC_p18	-.009	.097	.280	.181	.077	-.226
IHC_p19	-.034	-.171	.348	.019	-.008	.155
IHC_p20	.071	-.109	.468	.054	-.018	-.083
IHC_p21	.010	.218	.407	-.363	.022	.000
IHC_p28	-.132	.028	-.054	.005	.562	.075
IHC_p29	-.013	-.012	.125	-.078	.424	-.040
IHC_p32	.335	-.060	.071	-.027	-.070	.112
IHC_p34	.098	.363	-.014	-.051	-.119	.039
IHC_p35	-.004	.434	-.007	-.095	.057	.011
IHC_p37	.102	-.045	-.082	-.039	-.140	.559

Fuente: Elaboración propia.



Utilizando estos coeficientes se realizó una tabla con las ecuaciones lineales, donde se calcula el puntaje de cada uno de los seis factores con la suma del puntaje estandarizado de cada ítem, tomando en cuenta el peso dentro de ese factor. Donde F1 representa Coraje, F2 representa Conocimiento, F3 representa Perseverancia y Empatía, F4 representa Apertura, F5 representa Afrontamiento y F6 representa Habilidades sociales.

FIGURA 1
ECUACIONES PARA OBTENCIÓN DEL PUNTAJE POR FACTOR

$$F1 = .036P2 + .280P4 - 0.033P6 - .043P7 - .067P9 - 0.068P10 + .297P11 + .326P13 + .061P16 - .052P17 - .009P18 - .034P19 + .071P20 + .010P21 - .132P28 - .013P29 + .335P32 + .098P34 - .004P35 + .102P37$$

$$F2 = - .154P2 + .063P4 - .034P6 + .002P7 + .407P9 + .047P10 + .041P11 - 0.49P13 + .042P16 - .016P17 + .097P18 - .171P19 - .109P20 + .218P21 + .028P28 - .012P29 - .060P32 + .363P34 + .434P35 - .045P37$$

$$F3 = .038P2 + .040P4 + .020P6 - .078P7 - .103P9 - .135P10 - .001P11 + .008P13 - .069P16 - .031P17 + .280P18 + .348P19 + .468P20 + .407P21 - .054P28 + .125P29 + .071P32 - .014P34 - .007P35 - .082P37$$

$$F4 = .420P2 - .040P4 - .076P6 + .080P7 + .039P9 + .431P10 - .012P11 + .045P13 + .164P16 + .383P17 + .181P18 + .019P19 + .054P20 - .363P21 + .005P28 - .078P29 - .027P32 - .051P34 - .095P35 - .034P37$$

$$F5 = - .088P2 - .081P4 + .209P6 - .009P7 + .086P9 + .055P10 + .029P11 - .114P13 + .294P16 + .040P17 + .077P18 - .008P19 - .018P20 + .022P21 + .562P28 - .424P29 - .070P32 - .119P34 + .057P35 - .140P37$$

$$F6 = .004P2 - .108P4 + .412P6 + .341P7 - .123P9 - .080P10 + .074P11 + .022P13 - .087P16 + .055P17 - .226P18 + .155P19 - .083P20 + .000P21 + .075P28 - .040P29 + .112P32 + .039P34 + .011P35 + .559P37$$

Fuente: Elaboración propia.



Debido a que el modelo seleccionado es de primer nivel, no fue posible calcular un puntaje total para el constructo de habilidades del cuidador, por lo que para lograr resultados más acertados sería necesario el cálculo de cada factor como un puntaje independiente.

En referencia a las hipótesis planteadas para la validez convergente y divergente, los resultados indican que existe una relación positiva entre los factores obtenidos a partir de la aplicación del instrumento en validación **Habilidades del cuidador** y los resultados de la **Escala de Bienestar Psicológico** (Sánchez-Cánovas, 2007), lo cual concuerda con lo obtenido a partir de la investigación de Félix *et al.* (2012), en donde se encuentra una relación directa entre los cuidadores y el bienestar, acentuado en el parentesco y el nivel de dependencia del paciente.

En cuanto a la **Escala de Estrés Percibido (EPP)**, utilizada para la validez divergente, no se encontró relación ni positiva ni negativa, ni nula entre los factores del instrumento de Nkongho y los factores propuestos por el instrumento de Percepción de Estrés, por lo que las hipótesis planteadas en la validez divergente fueron desechadas, no pudiendo afirmarse ya se presenta una relación negativa entre habilidades del cuidador y estrés percibido. Pareciera ser un proceso complejo donde los niveles de estrés percibido son fluctuantes y no responden tan sólo a la presencia de habilidades del cuidador.

Conclusiones

El objetivo general del presente trabajo de investigación fue la validación del Inventario de Habilidades del Cuidador de Ngozi Nkongo (1990), en una muestra de cuidadores de pacientes oncológicos. Para el cumplimiento de este objetivo se presentaron objetivos específicos que representasen los elementos, tanto teóricos como psicométricos, que deben de ser considerados al momento de validar un instrumento.

Con esta investigación se conoció en mayor profundidad el constructo de cuidador en un contexto venezolano, específicamente en el área onco-



lógica, tomando en cuenta el importante papel que éstos cumplen en el desarrollo de esta enfermedad. Con la adaptación de un instrumento que permita la medición de este constructo, se abre la posibilidad de conocer más a esta población mediante futuras investigaciones, además de la oportunidad de ser una herramienta útil para los profesionales de la salud que laboren en ese campo.

Al observar las características de la muestra, se encuentran similitudes con las investigaciones realizadas en Colombia por Pinto, Barrera y Sánchez (2005) y en España por García (2011), donde el perfil del cuidador primario corresponde a persona del sexo femenino, en la mayoría de los casos pariente del paciente, lo cual afianza las descripciones hechas sobre dicho perfil.

Los resultados obtenidos a partir de los análisis teóricos y psicométricos evidencian que el instrumento, en su presentación original posee marcadas deficiencias al momento de ser aplicado en una muestra de cuidadores venezolanos de pacientes oncológicos, por lo que no cumple con los requisitos para ser aplicados en dicha población. Sin embargo, se obtuvieron otros posibles modelos que se ajustan de manera más adecuada a los criterios psicométricos, siendo más apto el modelo de seis factores y 20 ítems, que debido a que es un modelo multidimensional, se debió de puntuar por factor y no como un total.

Con respecto a la validez de criterio, se logró confirmar la hipótesis acerca de la relación entre el bienestar y las habilidades del cuidador, indicando que el respaldo teórico se encontraba en lo correcto, aunque será necesario explorar más acerca de la relación que poseen los cuidadores con el estrés, pues no se encontró en esta aplicación relación alguna entre las habilidades del cuidador con el afrontamiento y la percepción del estrés.

A pesar de las limitaciones que se presentan con la eliminación de ítems y la existencia de múltiples factores para explicar el mismo constructo, la presentación de esta versión abreviada del instrumento abre posibilidades para futuros estudios, donde se pueda evaluar y mejorar la estructura factorial del modelo actual.



Para finalizar, se hace énfasis en el proceso de validación que fue utilizado en esta investigación, donde se refuerzan la rigurosidad de los pasos psicométricos propuestos para resolver críticas a métodos obsoletos propensos a errores, como el de Indeterminación Factorial y el Sesgo Confirmatorio. Se resalta además la importancia de la replicación de esta investigación, para descartar propuestas que no sean aplicables a la población seleccionada o mejorar y adaptar los aspectos que sean posibles, de manera de cumplir con el artículo 91 del Código de Ética Profesional del Psicólogo (1981).



Referencias

- ALIMAR, B.; SILVANA, D. y GEOHANNA, N. (2012). "Validación de la escala de estrés percibido (EEP-13) en una muestra de funcionarios públicos venezolanos". *Anales de la Universidad Metropolitana*, 13, 117-133.
- AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (2012). *Being a Caregiver*. Recuperado de <http://www.cancer.net/coping-and-emotions/caregiver-support/being-caregiver>
- ANDERSON, J. y GERBING, D. (1988). "Structural equation modeling in practice: a review and recommended two-step approach". *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423.
- CAPOTE, L. (2006). "Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela". *Revista Venezolana de Oncología*. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822006000400011&script=sci_arttext#fig7
- CARRETERO-DIOS, H. y PÉREZ, C. (2005). "Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- CLONINGER, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Prentice Hall.
- CONFEDERATION OF FAMILY ORGANIZATIONS IN THE EUROPEAN UNION, COFACE – DISABILITY (2012). *Carta Europea del Cuidador Familiar*. Recuperado de http://coface-eu.org/en/upload/07_Publications/COFACE-Disability%20CharterES.pdf
- FÉLIX, A.; AGUILAR, R.; MARTÍNEZ, M.; ÁVILA, H.; VÁZQUEZ, L. y GUTIÉRREZ, S. (2012). "Bienestar del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia funcional: Una perspectiva de genero". *Cultura de los cuidados*, (33), 81-88.
- FLÓREZ, I.; MONTALVO, A. y STARVRO, D. (2008). "Cuidando a cuidadores familiares de niños en situación de discapacidad". *Revista Aquichan*, 8, 197-211.
- GARCÍA, B. (2011). *Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil* (Tesis inédita de doctorado). Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- GARCÍA, O.; PASCUAL, N.; RIERA, I.; TORRAS, J. y SIRERA, M. (2000). *Larousse de la Salud*. España: Larousse Editorial, S.A.



- HAIR, J.; ANDERSON, R.; TATHAM, R. y BLACK, W. (1999). *Análisis multivariante* (5ta ed.). Madrid: Prentice Hall.
- HERNÁNDEZ, R.; FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. (2007). *Metodología de la Investigación* (4ta ed.) México: MacGraw-Hill Interamericana S.A.
- LAZARUS, R. y FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal, And Coping*. New York, EE.UU.: Springer Publishing.
- MALCA, B. (2005). "Psicooncología: Abordaje emocional en oncología". *Persona y Bioética*, 9(2), 64-67.
- MILLÁN, A. y D'AUBETERRE, M. (2011). "Validación de la Escala de Bienestar Psicológico en una muestra multiocupacional venezolana". *CES Psicología*, 4(1), 57-71.
- NKONGHO, N. (1990). "The Caring Ability Inventory". En O. Stricklan y C. Waltz (Eds.), *Measurement of Nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills* (pp. 3-16). New York: Springer Publishing Company.
- NUNNALLY, J. y BERNSTEIN, I. (1995). *Teoría psicométrica* (3ª ed.). México: MacGraw-Hill.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- ORTEGO, M.; LÓPEZ, S. y ÁLVAREZ, M. (2011). *Ciencias Psicosociales*. Recuperado de: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_07.pdf
- PETERSON, C. y SELIGMAN, M. (2004). *Character Strengths and Virtues*. New York: Oxford University.
- PRIETO, G. y MUÑIZ, J. (2000). "Un modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España". *Papeles del Psicólogo*, (77), 65-72.
- PINTO, N.; BARRERA, L. y SÁNCHEZ, B. (2005). "Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa 'Cuidando a los cuidadores' ". *Revista Aquichan*, 5, 128-137.