UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO “PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE CLINICOUNTRY 3ª VERSIÓN”

Oscar Javier González Hernández

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2014

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO “PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE CLINICOUNTRY 3ª VERSIÓN”

Oscar Javier González Hernández

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico

Directora:

Mg. BEATRIZ SÁNCHEZ HERRERA

Línea de Investigación:

Cuidado al Paciente Crónico

Grupo de Investigación:

Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2014

Dedicatoria

"Yo soy quien te manda que tengas valor y firmeza. No tengas miedo ni te desanimes porque yo, tu Señor y Dios estaré contigo donde quiera que vayas"
Josué 1.9

Dedico esta meta alcanzada a Dios manifestado en el Padre, Hijo y Espíritu Santo, quien me inspiró para lograr este estudio; a mi hijo quien me motiva a luchar por mis sueños para disfrutarlos con él. A mi familia quien me apoya con su tiempo, palabras y oración. A mis amigos y colegas que estuvieron siempre ahí animándome. Y a aquellos que ven en la investigación una pasión…

Oscar J. González H.

Agradecimientos

- *A Dios por concederme la oportunidad de cumplir mi sueño, por bendecirme diariamente, por permitirme realizarme cada vez más como enfermero y poder hacer de mi profesión una herramienta para el servicio de los demás*

- *A Juan David, que desde la distancia es el motor de mi vida y por quien busco lo mejor para compartirlo con él.*

- *A mi familia quienes me apoyaron con sus oraciones, acompañamiento y palabras de apoyo en los momentos del desarrollo de mi maestría.*

- *A mi colega, maestra y directora Beatriz Sánchez Herrera, quien fue un polo a tierra en el paso a paso de mi formación de magister. Quien me dejó grandes enseñanzas, que me interpelaron como persona y profesional. Además agradezco el apoyo de la docentes del grupo de cuidado al paciente crónico quienes durante el tiempo de clases buscaron lo mejor para mi hasta en los momentos de dificultad.*

- *Al Programa para la Disminución de la Carga de la Enfermedad Crónica No Transmisible en Colombia, financiado mediante convocatoria No 537 de 2011 para la conformación del banco de elegibles CT+I en salud. Proyecto código: 501753730890. Contrato No: 366- 2011, quien me brindó su apoyo y patrocinio económico para el desarrollo del estudio.*

- *A los colegas Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana, quienes me confiaron su instrumento para aportar un granito de arena en el mejoramiento del mismo y contribuir a su crecimiento y promoción.*

- *Al profesor Jorge Humberto Mayorga y la profesora María Teresa Velásquez, quienes me orientaron durante la construcción del presente estudio en los mundos de la estadística y la psicometría.*

- *A Centro Policlínico del Olaya, IPS donde crecí como profesional y quienes me brindaron la posibilidad de desarrollar mi maestría y este estudio. A Johana Bustos, quien fue mi apoyo en el momento más complejo que permitió llegar a la construcción de este escrito.*

- *A Lina Vargas, colega, con quien compartí en los últimos meses un apoyo mutuo, a través de experiencias y enseñanzas vividas, en la misma pasión que nos une “la enfermería” y “el cuidado espiritual”.*

- *Y a mis amigos y colegas que durante todo este tiempo me estuvieron animando y apoyando con sus palabras, sus experiencias, su oración para lograr este sueño.*

Oscar Javier González Hernández

Resumen

El objetivo del presente estudio metodológico fue determinar la validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”, instrumento con una trayectoria de más de 10 años, que permite evaluar las características de la atención humanizada de enfermería en escenarios hospitalarios. Este se desarrolló en Centro Policlínico del Olaya, IPS de tercer nivel con la participación de 320 pacientes hospitalizados. Se aplicaron mediciones de validez de contenido por grupo de expertos, validez constructo por primera vez para el instrumento a través de un análisis factorial exploratorio y confiabilidad mediante la valoración de la consistencia interna con el Alfa de Cronbach. Dentro de los principales resultados se obtuvo un índice de acuerdo de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por el grupo de expertos. En el análisis factorial con base en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin para medición de adecuación de la muestra (KMO, por sus siglas en inglés), se obtuvo un valor de 0,956 y en la prueba de esfericidad de Bartlett uno de 0.0, indicadores que permitieron calcular las cargas factoriales y así determinar estadísticamente el constructo del instrumento que llevó a definir teóricamente tres dimensiones a saber: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y disposición para la atención. De los participantes en la aplicación del instrumento dentro de la Clínica Centro Policlínico del Olaya S.A., el 87% consideraron que siempre han percibido una relación de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería. A través de este estudio, se aporta una 3ª versión del instrumento PCHE creado por Rivera y Triana en el año 2003 y adaptado por Rivera, Triana y Espitia en 2010, y sus pruebas psicométricas permiten afirmar que esta versión es válida y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios.

Palabras clave: validez de las pruebas, confiabilidad, percepción, comportamiento, humanización de la atención, cuidado de enfermería[α].

Abstract (Validity and reliability of the instrument "Perception Behaviors of Humanized Nursing Care PBHNC – Clinicountry 3rd. version")

The aim of this methodological study was to determine the validity and reliability of the instrument "Perceived Behaviors Humanized Nursing Care PBHNC 3rd version Clinicountry" instrument with a history of over 10 years, designed to measure the characteristics of humanized nursing care in hospital settings. This was developed in Centro Policlinico del Olaya, IPS tertiary involving 320 hospitalized patients. Content validity measurements were applied by the expert group, first construct validity for the instrument through an exploratory factor analysis and reliability by assessing the internal consistency with Cronbach's alpha. Among the main results, a rate of 0.92 agreement and content validity index of 0.98 for the group of experts was obtained. Factor analysis based on test Kaiser-Meyer-Olkin measurement of sample adequacy (KMO, for its acronym in English), a value of 0.956 was obtained and evidence Bartlett sphericity one of 0.0, indicators that allowed calculating the factor loadings and thus statistically determine the construct the instrument that led to theoretically define three dimensions namely qualities do nursing, nurse communication opening (o) - available for patient care. Of the participants in the application of the instrument within the Centro Policlinico del Olaya SA, 87% felt they have always perceived a relationship humanized care by the nursing staff. Through this study, a 3rd version of PBHNC instrument created by Rivera and Triana in 2003 and adapted by Rivera, Triana and Espitia in 2010, and psychometric tests support the conclusion that this version is valid and reliable for application is provided in hospital settings.

[α] Términos tomados de descriptores en ciencias de la salud “DeCS”

Keywords: Validity of tests, Reliability, Perception, Behavior, Humanization of care, Nursing care[β]

[β] Términos tomados de descriptores en ciencias de la salud “MeSH”

Contenido

Pág.

Resumen ..... **IX**

Abstract (Validity and reliability of the instrument "Perception Behaviors of Humanized Nursing Care PBHNC – Clinicountry 3rd. version") ..... **X**

Lista de figuras ..... **XV**

Lista de tablas ..... **XVI**

Introducción **17**

Capítulo 1. Marco de Referencia **19**
1.1 Tema: Validez y confiabilidad de instrumento de cuidado humanizado 19
1.2 Contexto 19
1.3 Conceptos 27
1.4 Definición del Problema 40
1.5 Objetivos 41
1.5.1 General 41
1.5.2 Específicos 41
1.6 Justificación 41

Capítulo 2. Marco Teórico **44**
2.1 Aspectos generales 44
2.2 Estudios sobre la humanización en enfermería 50

Capítulo 3. Marco de Diseño **59**
3.1 Enfoque y Tipo de Estudio 59
3.2 Participantes 61
3.3 Tamaño de la Muestra 62
3.4 Criterios 62
3.4.1 De Inclusión 62
3.4.2 De Exclusión 63
3.5 Control de Riesgos del Diseño 63
3.6 Aspectos Éticos 63
3.6.1 Principios Éticos de la Investigación 65
3.7 Aspectos Ambientales 67
3.8 Procedimiento para la Recolección de la Información 67
3.9 Cronograma del estudio 69

Capítulo 4. Marco de Resultados **70**

4.1 Fase I Resultados de ajuste semántico.....70
4.2 Fase II Resultados de validez facial y contenido.....71
4.3 Fase III Resultados del instrumento aplicado, del constructo y la confiabilidad...72
4.3.1 Resultados aplicación del instrumento PCHE – Clinicountry 3ª versión 72
Resultados descriptivos de la percepción de cuidado humanizado con base en la aplicación del instrumento PCHE – Clinicountry 3ª versión.....77
4.3.2 Constructo 80
4.3.3 Confiabilidad 92

Capítulo 5. Discusión.....93

Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones 97

Anexo A: Categorías y códigos nominales del estudio "Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización" 101

Anexo B: Aprobación del uso del instrumento por parte de los autores.....103

Anexo C: Instrumento PCHE 2ª versión 105

Anexo D: Instrumento PCHE – Clinicountry 3ª versión.....106

Anexo E: Interpretación del Instrumento PCHE 3ª versión.....109

Anexo F: Consentimiento Informado.....111

Anexo G: Autorización de Centro Policlínico del Olaya para su participación en el estudio.....113

Bibliografía.....114

Lista de figuras

Pág.

Ilustración 1 Cronograma del estudio 69
Ilustración 2 Evaluación por expertos - validez facial y de contenido 71
Ilustración 3 Distribución de participantes por género 73
Ilustración 4 Distribución de participantes por procedencia 74
Ilustración 5 Distribución de participantes por rango de edad 74
Ilustración 6 Distribución de participantes por nivel de escolaridad 75
Ilustración 7 Distribución de participantes por estado civil 75
Ilustración 8 Distribución de participantes por ocupación actual 76
Ilustración 9 Distribución de participantes por religión 76
Ilustración 10 Distribución de participantes por estrato socioeconómico 77
Ilustración 11 Cálculo de KMO y prueba de Bartlett 80
Ilustración 12 Varianza total explicada 81
Ilustración 13 Matriz de componentes rotados a 6 factores 82
Ilustración 14 Matriz de componentes rotados a 5 factores 83
Ilustración 15 Matriz de componentes rotados a 3 factores 85
Ilustración 16 Matriz de correlaciones PCHE 3a versión 91
Ilustración 17 Resumen del procesamiento de los casos 92
Ilustración 18 Estadísticos de fiabilidad 92

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1 Resumen de instrumentos para medir el cuidado 45
Tabla 2 Revisión de Base de Datos 53
Tabla 3 Esquema de fases del estudio 60
Tabla 4 Evaluación general del instrumento 78
Tabla 5 Calificación de categorías por resultados obtenidos 78
Tabla 6 Definición de categorías y distribución de ítems del instrumento PCHE - Clinicountry 3a. versión 86

Introducción

"Ven para ser sanado, si no sanado al menos curado, si no curado al menos consolado"
Hospital S. Giacomo de Roma

"La profesión de enfermería a través del tiempo se ha caracterizado por el servicio y cuidado al paciente. En tal sentido, es importante que el profesional de enfermería, muestre un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera"[1]. Cada día son más los retos que surgen para la enfermería que permiten su desarrollo profesional y disciplinar, en el abordaje de fenómenos a través de la academia en ejercicios investigativos, que luego brindarán elementos claves al quehacer.

Así mismo, relacionar y articular el sentido humanístico al desarrollo científico y técnico de la profesión de enfermería, es un compromiso ético que tiene el/la enfermero(a) como cuidador(a) de otras personas, incluso de sí mismo(a). Por lo tanto, es fundamental motivar la reflexión y discusión entre los profesionales de enfermería sobre el tema de la humanización y su relación con su quehacer cotidiano, como es el cuidar[2].

Para el avance del conocimiento científico de enfermería, es de suma importancia contar y disponer con instrumentos que garanticen una validez y confiabilidad, que al momento de abordar este tipo de fenómenos, permitan descubrir o redescubrir elementos en los escenarios de cuidado. En la actualidad, la investigación ha permitido que las disciplinas

---

[1] COLLADO, Ruth. Cuidado Espiritual, Labor del Profesional de Enfermería. Universidad Interamericana de Puerto Rico / Recinto de Ponce. Revista 360 / No. 5 / 2010 http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf
[2] ARIAS DE OSPINA, María Rubiela. La Ética y Humanización del Cuidado de Enfermería. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Bogotá, Octubre de 2007. Disponible en: < http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65>

desarrollen instrumentos válidos y confiables, para que las nuevas generaciones de investigadores, analicen otras perspectivas de estos fenómenos estudiados.

La presente investigación se desarrolló como tesis para optar por el título de Maestría en Enfermería dentro del Programa de Maestría de Enfermería, de la Facultad de Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia, en este, se presenta la tesis para determinar la validez y confiabilidad del instrumento **“Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE - Clinicountry 3ª Versión”** adaptado por Oscar J. González H.

Siguiendo los lineamientos de los estudios metodológicos para determinar la validez y confiabilidad de un instrumento, se desarrollará varios momentos para las mediciones frente al instrumento: validez aparente, de contenido y de constructo, y lograr determinar la confiabilidad a través de la consistencia interna del instrumento mediante el cálculo del coeficiente del Alfa de Cronbach.

Este instrumento que lleva una trayectoria de 10 años de construcción, generado desde el interés de profesionales interesados por la percepción de los pacientes en las características de la atención, para este caso “la atención humanizada”. La medición se realizó en el ámbito hospitalario de Centro Policlínico del Olaya, IPS de tercer nivel de la ciudad de Bogotá, en donde se viene desarrollando proyectos orientados a una atención humanizada sustentada a través de una línea estratégica direccionada desde la plataforma estratégica organizacional.

Este estudio aporta una herramienta para conocer de una manera objetiva la percepción de los pacientes que día a día se encuentran hospitalizados en las diferentes instituciones de la ciudad y del país, que en muchas ocasiones no tienen los espacios para expresar sus puntos de vista con respecto a su percepción sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.

Capítulo 1. Marco de Referencia

1.1 Tema: Validez y confiabilidad de instrumento de cuidado humanizado

1.2 Contexto

"La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas"
Sigmund Freud

La Enfermería, desde su inicio ha tenido permanente interés por la humanización, manteniendo un claro deseo de buscar nuevas fuentes rejuvenecedoras que amplíen las posibilidades de satisfacer las necesidades de cuidado de la persona. Hoy por hoy, existe una gran necesidad de continuar un arduo trabajo en este tema frente a la atención en salud.

Al respecto, Ceballos presenta que Watson en 2009, señaló la importancia de centrar la mirada hacia este componente de la atención y menciona: "Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería[3]". Con relación a esta preocupación, las organizaciones están desarrollando

[3] CEBALLOS VÁSQUEZ, Paula Andrea. Desde los ámbitos de Enfermería, Analizando el Cuidado Humanizado. En: Ciencia y Enfermería XVI ISSN 0717 – 2079. Chile, 2010. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf>

estrategias para fortalecer la humanización con el apoyo de cada profesional que trabaja en el ámbito de la salud, ya que este tema no solo es responsabilidad de aquellos que están de cara al paciente, sino también propender porque no se vulneren a los pacientes desde la administración, en una institución de salud.

Al respecto, los entes de control y de normalización en Colombia han analizado y planteado desde los sistemas de calidad acciones frente a esta realidad. Por ejemplo, Carlos Edgar Rodríguez, actual Director Nacional de Acreditación en Salud del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC), reflexiona lo siguiente con relación a esta realidad: "La deshumanización creciente no es únicamente resultado de las dificultades de comunicación o del ritual tecnológico explicado antes. Las propias instituciones de salud contribuyen desde su estructura y sus procesos a la pérdida de contacto entre los seres humanos. A veces los edificios en los que se atiende la salud, carecen de comodidades y sus estructuras son hostiles y poco sensibles a las necesidades de los usuarios. Con mucha frecuencia se trasgrede la intimidad y la privacidad, a veces las áreas de trabajo son ruidosas e impiden el reposo de los enfermos. Además las instituciones también pueden expresar signos de deshumanización hacia sus propios colaboradores, imponiéndoles condiciones de trabajo poco dignas, vulnerando sus derechos o limitando sus posibilidades de desarrollo"[4]. De esta circunstancia nace el hecho de que las instituciones hayan empezado a orientar sus esfuerzos organizacionales en dos pilares de la atención: la humanización y la seguridad de los pacientes, ejes que se relacionan entre sí, y que permiten el renacimiento de escenarios más humanos y seguros en los hospitales.

La legislación colombiana reconoce la importancia del respeto de los derechos de los pacientes frente a la atención como componente fundamental para la armonía entre el usuario (paciente y familia), los profesionales y la misma prestación en el escenario hospitalario. En la Resolución 13437 de 1991, resuelve en su articulo primero: "*Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los*

[4] RODRÍGUEZ, Carlos Edgar. Humanización de la Atención en Salud y Acreditación. En: Revista Normas y Calidad No. 87 ICONTEC. Bogotá, 2011. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20N%C2%B0%2087.pdf>

pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación: Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social: Su derecho a elegir libremente al médico…, Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico…, Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres…, su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta…, entre otros[5]".

Al respecto, Flórez y compañeros[6] refieren que la Superintendencia de Salud plantea que los instrumentos conceptuales a partir de los cuales es posible medir el grado de cumplimiento en la realización del derecho de los usuarios en materia de salud se fundamentan en lo declarado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, donde se incluye, la accesibilidad, oportunidad y aceptabilidad, que se asocian al fenómeno de la humanización de la atención. Se entiende el acceso a servicios de salud como el proceso mediante el cual puede lograse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente. Se puede distinguir tres dominios o alcances para su estudio: 1) estrecho, que comprende la búsqueda de atención y el inicio de esta; 2) intermedio, que, además de lo anterior, adiciona la continuación de la atención; 3) amplio, que agrega el deseo por la atención y por ende comprende el proceso en su conjunto. Un componente esencial de la accesibilidad lo constituye la oportunidad de los servicios de salud y la asistencia médica, que no deben estar sometidos a retrasos innecesarios o injustificados. La oportunidad en los servicios de salud se entiende como la posibilidad que tiene el

[5] MINISTERIO DE SALUD. Resolución 13437 de 1991. Bogotá, 1991. Disponible en: <http://www.ipsuniversitaria.com.co/documentos/Comite_de_etica_hospitalaria/Resolucion_13437_de_1991.pdf>

[6] FLOREZ A., José Antonio. TORRES A., Camilo Andrés. GUZMAN, Beatriz. PINEDA G., Francy Yanira. Artículo: "Comportamiento y análisis de las motivaciones que llevaron a los usuarios del sistema de salud colombiano a presentar reclamaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud 2012 – 2013. En: Revista Monitor Estratégico. Número 4. Julio – Diciembre 2013. ISSN 2256 – 1307. Superintendencia de Salud. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=FIeYK2lnAJA%3D&tabid=782&mid=2312>

usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Por otra parte, la aceptabilidad en el derecho a la salud tiene que ver con servicios de salud tanto adecuados culturalmente como adaptados a las necesidades de grupos vulnerables y marginados, que no den cabida a las prácticas tradicionales; la aceptabilidad involucra una dimensión de respeto por las particularidades individuales y colectivas que rodean y determinan las posibilidades de su ejercicio.

De acuerdo con estos criterios, para el 2012, la Superintendencia de Salud de Colombia recepcionó 223.079 reclamaciones respecto a los derechos a salud vulnerados por parte de los actores sujetos de vigilancia, la restricción en el acceso a los servicios de salud ocupó el primer lugar, con el 78% de los reclamos, seguida por la insatisfacción del usuario con el proceso administrativo, con el 13%. Dentro de las reclamaciones por restricción en el acceso a los servicios de salud, el 53% corresponde a la restricción en el acceso por falta de oportunidad para la atención de consultas médicas, especializadas, odontológicas, servicios de apoyo terapéutico, prestación de servicios hospitalarios, programaciones de cirugía, entre otros. Un 20% corresponde a problemas relacionados con demoras en las autorizaciones, principalmente para los procesos de referencia y contrareferencia, y la autorización de consultas médicas especializadas. Este mismo comportamiento de motivos se mantiene para lo corrido del año 2013, ocupando el primer lugar la restricción en el acceso a los servicios de salud (79%), seguida por la insatisfacción del usuario con el proceso administrativo (12%)[7]. Teniendo en cuenta los hechos antes descritos, el acceso a los servicios de salud, lleva consigo elementos importantes de una atención humanizada, porque si hay limitaciones en ese proceso la persona se ve vulnerada y expuesta a circunstancias que no generan una armonía en la relación paciente – equipo de salud.

Por tal razón, el tema de la vulneración y violación de los derechos de los pacientes en un contexto hospitalario, ha llamado la atención de enfermería para detenerse a analizar este aspecto que impacta de manera negativa la posibilidad de brindar un buen cuidado. Burgos y Paravic, consideran "*Existen ciertas situaciones que se presentan durante la atención que se brinda al paciente hospitalizado y que tal vez, asociados a la*

[7] FLOREZ A., José Antonio y compañeros. Óp. Cit.

masificación y complejidad creciente de la atención de salud, no sean analizados con la frecuencia y profundidad que merecen, y que pueden ser considerados manifestaciones de agresión o violencia. Uno de ellos que pareciera ser inherente a la hospitalización, es la falta de intimidad, definida como "toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva". Ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado, el que se manifiesta desde la invasión no sólo al espacio territorial, reducido a una cama y un velador (Vacarezza, 2000), sino también al ser examinado en su unidad por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro (Rodríguez, 1999). Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose ésta fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo de tipo despersonalizado (Iceta, 1996; Goic, 2000). Esto estaría asociado a lo que Jiménez y cols. (1990) llaman una relación asimétrica y jerárquica entre los dispensadores de cuidados y los pacientes”[8].

Se puede afirmar que la humanización es opositora a la violencia y que esta reorganiza las relaciones de trabajo, los comportamientos. Uno de los principios de la integridad y que interfiere realmente en las prácticas de salud es la humanización, y ella depende, por lo tanto, del perfeccionamiento del sistema de gestión compartido y relaciones cotidianas. Para la concretización del proceso de humanizado, es importante un cambio en las estructuras de las organizaciones y cambios de comportamiento[9]. Desde enfermería, hay que redefinir acciones que fortalezcan los escenarios de cuidado humano en las

[8] BURGOS M., Mónica del Carmen y PARAVIC K., Tatiana María. Percepción de Violencia de los Pacientes Hospitalizados en los Servicios de Medicina y Cirugía de un Hospital Público. *Cienc. enferm.* 2003, vol.9, n.2 [citado 2013-02-17], pp. 29-42. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-95532003000200004.

[9] MARTINS, Josiane de Jesús. BACKES, Dirce Stein. CARDOSO, Renata da Silva. ERDMANN, Abacoque Lorenzini. DE ALBUQUERQUE, Gelson Luiz. Resignificando la Humanización desde el Cuidado en el Curso de Vivir Humano. Rev. Enferm. UERJ, Río de Janeiro, 2008 Abril – Junio; 16 (2): 276 – 81. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a22.pdf>

organizaciones, el involucrarse en la atención integral debe ser una prioridad de la atención de enfermería y del grupo interdisciplinar, y en algunos entornos, enfermería es el abanderado del tema. Pero a su vez se debe mostrar a los equipos de salud la urgente necesidad que el abordaje que se le brinde al paciente sea integral, desde un saludo cordial hasta la comunicación asertiva que se pueda establecer para lograr una mejor recuperación y rehabilitación frente a la enfermedad de los seres humanos que se cuidan.

Por otra parte, el cuidado humanizado se desarrolla en el ámbito de las organizaciones hospitalarias y ambulatorias, al respecto, Merhy[10] refiere que las instituciones de salud cumplen la función de otorgar cuidados a través de un trabajo vivo, y se espera de ellas que sean un núcleo de cuidado para los usuarios; sin embargo, el acto de cuidar es deficiente debido a que los diferentes profesionales que trabajan en los servicios de salud no realizan acciones de cuidados centrados en el paciente, sino centrados en los procedimientos o en la técnica, lo que actualmente ha provocado la crisis de estas instituciones, además se agrega el hecho de que la hegemonía del modelo de acción clínica médica empobrece y hasta anula las acciones cuidadoras del resto del equipo de salud. Del mismo modo, en el estudio realizado en el Hospital de Benin[11], concluyeron que cuando se introduce el cuidado humanizado en el hospital tanto los pacientes como los trabajadores se benefician al punto que perciben que cambian sus puestos de trabajo, la comunicación mejora, tienen mayor autoestima, se fortalece el liderazgo institucional y esto se refleja en realización de procedimientos innecesarios para los pacientes.

Entre tanto, en los ámbitos de la práctica se encuentran integrantes del grupo de salud, que no se enfocan a una atención integral del paciente, lo que genera disconfort y pérdida en la confianza en la relación entre el paciente y el equipo de salud. Enfermería es clave en lograr armonía entre los integrantes de la atención y no propiciar la

---

[10] POBLETE T., Margarita y VALENZUELA S., Sandra. Cuidado Humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. En: Acta Paul Enferm (2007) Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>

[11] FUJITA, Noriko. Et al. Article: Humanised care and a change in practice in a hospital in Benin. Midwifery - August 2012 (Vol. 28, Issue 4, Pages 481-488. Disponible en: <http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unal.edu.co/S0266613811000970/1-s2.0-S0266613811000970-main.pdf?_tid=36e76a82-fbaf-11e3-9ff9 00000aacb35f&acdnat=1403621751_a8e4fe895dfde79ec102ccb8249b4095>

fragmentación en el cuidado cuando se tienden a presentar actitudes negativas o una inadecuada comunicación con el paciente. Finalmente, el éxito de esta integración paciente – equipo de salud, son las políticas y cimientos que las organizaciones promulguen en sus colaboradores a favor de una atención humanizada, que redunde en la integralidad del cuidado.

Rivera, Triana y Espitia (2011), opinan que "Abordar la humanización en los servicios de salud y el cuidado de enfermería implica ubicarnos bajo el paradigma de la complejidad, implica capacidad de aprender y desaprender, construir y deconstruir, organizar y desorganizar […] Esta posición nos permite valorar todas las dimensiones de la persona, la política, la cultura, la organización sanitaria, la tecnología, la formación de los profesionales de la salud, el desarrollo de los planes de cuidado, entre otros […][12]". Según estas perspectivas, la humanización es una prioridad en la atención del paciente, no es ajena a la asistencia clínica, es un trabajo articulado que brinda el profesional y/o grupo interdisciplinario, donde no solo es un compromiso de uno sino de varios. Esta dimensión del cuidado, a su vez exige cambiar esquemas, romper con prácticas negativas, dejar de mecanizar los procesos y hacerlos más flexibles, donde no se hagan a conveniencia del profesional, sino por el bienestar de la diada paciente – enfermera(o).

Desde la academia, se identifica también el interés para que este fenómeno sea abordado desde la formación del talento humano en salud. Para el caso de enfermería, la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería "ACOFAEN"[13], en su Plan de Desarrollo para la vigencia 2009 – 2018, contempla como línea de acción la formación para los profesionales de enfermería en Humanización, Ética y Bioética. Esto a partir de la situación actual que se identifica en las facultades, donde identifican: escasa formación de docentes de Enfermería en el área; escaso o limitado interés por profundizar en el estudio de la Humanización, la Ética y la Bioética en la práctica; en la mayoría de los currículos, los componentes humanístico, ético y bioético, se presentan de manera

---

[12] RIVERA, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. ESPITIA, Sonia. Artículo: ¿Por qué hablamos de cuidado humanizado en enfermería? Libro: El cuidado de enfermería y la metas del milenio. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo de Cuidado. Bogotá, 2012.

[13] Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN. Plan de Desarrollo 2009 – 2018. Marzo, 2010. 2ª Versión. Bogotá, DC. http://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2012/03/PLAN-DE-DESARROLLO-ACOFAEN-2009-2018.pdf

aislada y no tienen relación con las áreas de cuidado de Enfermería; falta motivación y formación de los docentes para asumir la responsabilidad de la Humanización, la Ética y la Bioética y de su integración en las áreas de cuidado y escaso desarrollo de la investigación en el área. Para este ente, es importante fortalecer estos temas en los procesos de formación de los estudiantes y de los docentes mediante el ajuste de los componentes curriculares en miras de garantizar profesionales tanto del pregrado como de posgrado en la apropiación y abordajes de estos temas.

En lo expuesto anteriormente, se evidencia la realidad de la humanización en los hospitales y los esfuerzos de algunos sectores de la sociedad por trabajar en favor de escenarios de atención más sensibles a las necesidades de los pacientes y a las condiciones de los trabajadores en salud, se reconoce la necesidad de explorar este fenómeno a través de herramientas objetivas que permitan priorizar el actuar y reconocer la satisfacción de los pacientes frente a una atención humana. Sin embargo, son pocos los instrumentos que abordan este fenómeno y aquellos que lo hacen por lo general solo lo exploran de forma tangencial, es decir, las organizaciones desarrollan encuestas que les permita identificar algunos aspectos de la atención como la actitud de los profesionales, pero no propician herramientas que desarrollen más el fenómeno de la humanización, clave en el relación de los pacientes y los prestadores, en miras de lograr una armonía en la atención de salud. Frente a este contexto, el presente estudio aborda el instrumento PCHE, que se originó a nivel local, el cual está centrado en la humanización y tiene experiencias reportadas sobre su aplicación en diferentes ciudades del país, por lo cual se ha retomado en el presente estudio buscando cualificarlo, al generar una 3ª versión que además es sometida a pruebas psicométricas para revisar su comportamiento.

En resumen, es un estudio centrado en la humanización del cuidado y en la forma de medir los comportamientos que lo caracterizan, a través de un instrumento al cual se han aplicado pruebas de validez y confiabilidad, permitiendo una respuesta útil a la enfermería, en un momento coyuntural para un sistema de salud que busca respuestas a uno de sus problemas centrales, según lo manifiestan los usuarios, los profesionales y los veedores de dicho sistema.

1.3 Conceptos

Los teóricos desarrollan conceptos, que articulados, forman la estructura general de la teoría y explican los fenómenos. El concepto es algo concebido en la mente; un pensamiento o una acción. Este representa la realidad y facilita nuestra capacidad de comunicación con ella. El metaparadigma de enfermería se ha unificado como lo establece Newman en el cuidado de la experiencia de la salud humana[14]. Este metaparadigma contiene cuatro conceptos centrales que son: la persona, la salud, la enfermería y el contexto (ambiente). Según Parker[15], el metaparadigma de enfermería es "un marco de referencia para la disciplina que propone los fenómenos de interés y las proposiciones, los principios y los métodos de la disciplina. El metaparadigma es general y tiene el propósito de reflejar el acuerdo entre los miembros de la disciplina acerca del campo de la misma. Ofrece un contexto para desarrollar modelos conceptuales y teorías". Por otra parte, Fawcett[16] considera el metaparadigma como el componente más abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento de enfermería. Además, reconoce que es el más amplio consenso dentro de una disciplina y provee los parámetros generales del campo de la disciplina, dándoles a los científicos una orientación muy amplia a partir de la cual trabajar. Gómez y Gutiérrez[17], refieren que en términos generales e interpretando la propuesta de Fawcett, se definen los conceptos del metaparadigma como sigue:

- *Persona*, se refiere a los individuos, familias, comunidades y otros grupos que son participantes en enfermería; otros autores señalan el concepto de persona como "el sujeto de cuidado de enfermería".
- *Ambiente (Contexto),* se refiere a las personas significativas para el individuo y a los ambientes físicos, al igual que los escenarios donde las intervenciones de

[14] NEWMAN, M. A. Health as Expanding Consciousness. St. Louis, Mosby. 1986
[15] GÓMEZ RAMÍREZ, Olga Janneth. GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá, 2011. Página 77.
[16] Ibíd. Pág. 78
[17] Ibíd. Pág. 79 – 80

enfermería tienen lugar. Estos van desde el hogar de las personas, hasta las clínicas y hospitales y la comunidad como un todo.

- *Salud,* se refiere al estado de bienestar en el momento en que se ofrece el cuidado de enfermería, que puede ir desde un estado de bienestar hasta un estado de enfermedad terminal.
- *Enfermería,* se refiere a la definición de enfermería, a las acciones que tienen lugar por parte de la enfermera o en conjunto con la persona para su beneficio. Incluye las metas y los resultados de las acciones de enfermería.

Estos conceptos pueden presentarse de diferentes maneras, pues representan una abstracción de la realidad. A continuación se presentan una serie de conceptos claves para el desarrollo del estudio.

Humanización. Reflexionar sobre el enfoque humanístico del proceso del cuidado puede incidir en una práctica profesional de enfermería más significativa y enriquecedora. Humanizar es hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable. Humanización comprende la acción y efecto de humanizar o humanizarse, entonces humanizar los cuidados, es hacer el cuidado más humano, familiar y cordial, de acuerdo al contexto de cada persona[18]. Humanizar sugiere alteraciones del modo de hacer, de trabajar y producir salud. Humanizar exige sintonía con el modo de hacer y el cómo se debe hacer. Necesita de la inseparabilidad de la producción de los procesos y cambios de los sujetos involucrados en la producción de salud[19].

Para algunos teóricos, el cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica[20]. En este marco, la enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar

---

[18] GONZÁLEZ JUÁREZ, Liliana. VELANDIA MORA, Ana Lucia. FLORES FERNÁNDEZ, Verónica. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Revista Conamed. Suplemento de Enfermería 2009. México. Disponible en: <dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3633444.pdf>

[19] MARTINS, Josiane de Jesús y Compañeros. Óp. Cit.

[20] GRUPO DE CUIDADO. Dimensiones del cuidado. *ISBN:* 958-701-564-9 *ed.:* Unibiblos, p. 17 – 25, 1998.

procesos de conocimiento de sí mismo[21]. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la/el enfermera(o) sea científica(o), académica(o) y clínica(o), sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos[22].

Desde Enfermería, el cuidado es entendido como un modo de ser humano, es decir, como parte de la naturaleza humana. Como imperativo moral, el cuidado es descrito como un valor fundamental o un ideal moral en enfermería y de esta manera está orientado a mantener la dignidad humana[23]. Desde los escenarios de cuidado se ha venido concibiendo el cuidado desde un enfoque humano y desde la Academia, enfermería viene desarrollando una serie de estudios frente al tema del Cuidado Humano y la Atención Humanizada. Jean Watson, ha sido precursora con la Teoría de Cuidado Humano Transpersonal, que además de servir de inspiración a profesionales de enfermería, posibilita la cualificación y cuantificación de este fenómeno a través de instrumentos disponibles hoy en el mundo académico.

En su propuesta de teoría de cuidado humano, Watson hace explícitos los valores de enfermería, el conocimiento y las prácticas de cuidado humano, dirigidas a procesos de sanidad interna y al mundo de la vida de personas que viven experiencias y que requieren del arte de cuidar – sanar[24]. Además, Watson argumenta que el cuidado es un ideal moral de enfermería, donde el fin es la protección, el engrandecimiento y la preservación de la dignidad humana[25]. El cuidado puede basarse en la reciprocidad porque también hay otro tipo de cuidado. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos[26].

---

[21] BOYKIN ANN Y SHOENHOFFER SAVINA. Nursing as Caring: A model for transforming practice - NLN 2001.
[22] POBLETE T., Margarita y VALENZUELA S., Sandra. Óp. Cit.
[23] VASQUÉZ TRUISSI, Martha Lucia. Desarrollo Conceptual en Enfermería: Evolución, Tendencias y Desafíos. Ponencia, XVII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. ACOFAEN, Octubre 2005. En: Revista Avances en Enfermería. Vol. XXIV No. 1 Enero – Junio 2006. Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv1_9.pdf>
[24] GÓMEZ RAMÍREZ, Olga Janneth. GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma. Óp. Cit. Pág. 141
[25] Ibíd. Pág. 143
[26] POBLETE, Margarita y VALENZUELA, Óp. Cit.

Además, la perspectiva del cuidado transpersonal de Watson, se sustenta en sus creencias y valores acerca de la vida humana, de la salud y de la curación, fruto de sus experiencias y observaciones. Watson privilegia el enfoque humanístico, atendiendo el individuo biopsicosocial, espiritual y sociocultural, y señala que el objetivo de la enfermería es ayudar a las personas a alcanzar el más alto grado de armonía entre mente, cuerpo y alma. Para Watson, el foco principal de la enfermería está en diez factores de cuidado derivados de una perspectiva humanista, combinada con una base de conocimientos científicos. Son ellos: 1) practicar el amor, la amabilidad y la coherencia dentro de un contexto de cuidado consciente; 2) ser auténtico, estar presente, ser capaz de practicar y mantener un sistema profundo de creencias, y un mundo subjetivo de su vida y del ser cuidado; 3) cultivar sus propias prácticas espirituales y transpersonales de ser; 4) desarrollar y mantener una auténtica relación de cuidado, de ayuda y confianza; 5) estar presente y dar apoyo durante la expresión de sentimientos positivos o negativos; 6) uso creativo del ser, de todas las formas de conocimiento, como parte del proceso de cuidado para comprometerse artísticamente con las prácticas del cuidado y protección; 7) comprometerse de manera genuina con la experiencia de la práctica, de la enseñanza y del aprendizaje; 8) crear un ambiente protector de todos los niveles, donde se está consciente del todo, de la belleza, de la comodidad, de la dignidad y de la paz; 9) asistir a las necesidades humanas, conscientemente, administrando un cuidado humano esencial, el cual potencializa la alianza mente, cuero y espíritu; 10) estar abierto y atento a la espiritualidad y a la dimensión existencial de su propia vida[27].

En este sentido, se han propuesto escenario de una enfermería humanística, donde se enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos.

En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va mucho más allá que un encuentro técnico entre sujeto y objeto. Sobre esta perspectiva, la enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente. En la progresión lógica de la teoría, se definen los seres humanos, la salud y la

[27] NASCIMIENTO, KC. ERDMANN, AL. Artículo "Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo". Revista Latino-am Enfermagem 2009 Marzo – Abril. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_12.pdf>

enfermería. Y como conceptos, el diálogo, la comunidad y la enfermería fenomenológica. Las autoras incluso hacen uso de los conceptos secundarios de la teoría centrados en el diálogo que son: encuentro, relaciones, presencia, llamado y respuesta[28]. Los seres humanos dentro de esta visión son considerados como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida: a la salud se la concibe como un estado de *venir a ser*, donde hasta en condiciones de adversidad el ser humano encuentra significado para vivir y la enfermería fenomenológica se define como propiciadora de esta respuesta a las necesidades del cliente, auxiliándolo en sus selecciones. La enfermería es un "diálogo vivo, una experiencia existencial vivida entre seres humanos, una búsqueda responsable, una relación transaccional, una forma particular de diálogo humano". De esa manera, los elementos de estructura de la enfermería humanística se pueden describir como: "Incorporar a los hombres (paciente y enfermera) en un encuentro (ser y convertirse) dirigido hacia una meta (nutrir el bienestar y el venir a ser) en una transacción intrasubjetiva (estar con y hacer con) ocurriendo en el tiempo y en el espacio (como medidos y vividos por el paciente y la enfermera) en un mundo de hombres y cosas"[29].

Desde el enfoque de la enfermería como cuidado, para Boykin y Schoenhofer[30], el objetivo de la disciplina y práctica profesional, es nutrir a las personas que viven el cuidado y crecen en el cuidado. El papel de la enfermería es conocer a las personas durante el cuidado, apoyarlas y reconocerlas como personas cuidadas. La sensibilidad y los conocimientos para crear formas únicas y eficaces de comunicar los cuidados se desarrollan a través de la intención de cuidar de la enfermera. Esta orientación, está impregnada con un gran sentido humano en este vínculo que busca propiciar y lograr el crecimiento del sujeto de cuidado.

---

[28] LEITE ARAUJO, Maria Alix y FREITAG PAGLIUCA, Lorita Marlena. Análisis de Contexto del concepto de Ambiente en la Teoría Humanística de Paterson y Zderan. *Index Enferm* [online]. 2005, vol.14, n.48-49 [citado 2014-06-15], pp. 42-45. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000100009.

[29] Ibíd.

[30] RAILE ALLIGOOD, Martha. MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. Editorial Elsevier Mosby. España, 2011. Capítulo 19, página 407.

En el esquema que analiza las teorías de enfermería por niveles de abstracción, se da lugar a desarrollos teóricos que permiten concretar aún más la experiencia de cuidado. Dentro de estos, se conoce la propuesta de Swanson, quien en la década del 90, propone un modelo de cuidado retomando bases conceptuales con el enfoque humano de Watson, donde describe 5 procesos que permiten alcanzar el bienestar del sujeto de cuidado: conocer, estar con, hacer por, capacitar e infundir confianza[31]. A partir de su experiencia, define el cuidado como: "una forma de fomentar las relaciones con otro ser valioso hacia quien uno tiene un sentido personal de compromiso y responsabilidad"[32]. Es así que estos elementos, llevan a Swanson a organizarlos y proponer su estudio como: "el cuidado fundamentado en mantener las confianzas básicas acerca de las personas, ancladas por el conocimiento de las realidades de otros y cumplidas a través de estar con y ejecutados a través de hacer por y capacitar"[33]. En resumen, esta experiencia teórica, impregnada también de un enfoque humano, busca a partir de unas actitudes hacia la persona, brindar condiciones clínicas y unas acciones terapéuticas soportadas en el conocimiento, que propicien una relación donde interactúe la comunicación enfermera(o) – paciente, logrando unos resultados de bienestar en la persona.

Finalmente, estas experiencias de cuidado llevadas desde los más abstracto a lo más concreto, se refleja desde un modelo filosófico como el de Watson con todo un soporte teórico – conceptual, hasta en experiencias como la construcción de instrumentos de cuidado que buscan generar desarrollos empíricos para cualificar interacciones de cuidado en la cotidianidad. En este sentido, el desarrollo de instrumentos válidos y confiables que aborden los fenómenos y conceptos propuestos por estos abordajes teóricos, son particularmente relevantes.

Para el caso del presente estudio, en el cual se han realizado pruebas psicométricas al instrumento "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería", además de los conceptos revisados, fue necesario retomar conceptos que sirvieron de base para la construcción del instrumento en estudio como son: el concepto de validez, el

---

[31] GÓMEZ RAMÍREZ, Olga Janneth. GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma. Óp. Cit. Pág. 161
[32] Ibíd. Pág. 162
[33] Ibíd. Pág. 163

de confiabilidad y el de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería. Ciertamente, para la revisión de estos conceptos es necesario retomar elementos metodológicos que propicien una claro enfoque a este tipo de estudios metodológicos.

Investigación metodológica. Según Polit y Hungler, se refiere a "investigaciones controladas sobre la forma de obtener, organizar y analizar los datos. Los estudios metodológicos abordan el desarrollo, la validación y la evaluación de instrumentos o técnicas de investigación[34]" De acuerdo a lo anterior, en salud se ha presentado un creciente interés por este tipo de estudios, dada el aumento en la demanda de mediciones sólidas y confiables para obtener y analizar fenómenos que impactan la realidad en salud. Además, en este tipo de estudios, se permite el desarrollo prospectivo del fenómeno analizado, a través de la herramienta diseñada en cada aplicación por los diferentes investigadores interesados en la misma.

Dentro este tipo de estudios, se busca la consolidación de herramientas que posibiliten abordar los diferentes fenómenos. De acuerdo al respecto, se ha conceptualizado estas herramientas como instrumentos, que se ha definido como: "El instrumento es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información"[35]. Entre los instrumentos utilizados en investigación cuantitativa se encuentran los formularios, pruebas psicológicas, escalas de opinión, de percepción, entre otras. Al elaborar los instrumentos de recolección de datos, es necesario analizar en qué forma dicho instrumento de medición cumple con la función para la cual ha sido diseñado. Este análisis debe realizarse antes de iniciar la recolección de los datos, lo que permitirá introducir las modificaciones necesarias antes de su aplicación.

---

[34] POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos. 6ª Edición. McGraw – Hill Interamericana 2000. Pág. 203

[35] PINEDA, Elia y DE ALVARADO, Eva Luz. Metodología de la Investigación. 3era. Edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2008. Pág. 144

En el campo de investigación de los test, para que un instrumento de evaluación pueda ser considerado como adecuado en su diseño debe contener, al menos, las siguientes características[36]:

- Fiabilidad: que las puntuaciones o resultados del test se mantengan estables en el tiempo y que los cambios en estas puntuaciones se deban a variaciones verdaderas en el atributo evaluado, y no por variaciones debido a erro del instrumento.
- Validez: en palabras sencillas, se refiere a que se esté midiendo lo que el test dice medir.
- Entregar la tipicidad o baremos: es decir, valores normativos de la población con los cuales comparar el puntaje o resultado de una persona miembro de ésta.

Si bien todos estos aspectos son importantes y se constituyen como los elementos mínimos que debe poseer cualquier test para poder ser utilizado "correctamente", el requisito más importante de un test es su validez, debido a que si éste no es válido (no mide lo que dice medir) no sirve de nada poseer fiabilidad de las puntuaciones.

El término "validez" denota la utilidad científica de un instrumento de medida, en el que puede establecerse ampliamente qué tan bien mide lo que pretende medir[37]. Según Reina y Vargas, la validez "es la medida de la verdadera exactitud de un hecho, es el examen de la aproximación a la verdad o falsedad de una proposición. Se refiere al grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir"[38].

---

[36] MACÍA SEPÚLVEDA, Felipe. Validez de los Test y el Análisis Factorial: Nociones Generales. Artículo de Educación. Ciencia & Trabajo. Enero / Marzo 2010. Año 12. Número 35. http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/35/pagina276.pdf

[37] NUNNALLY, Jum. BERNSTEIN, Ira. Teoría Psicométrica. Tercera Edición. Editorial McGRAW – HILL. México, 1995. Pág. 92

[38] REINA, Nadia. VARGA, Elizabeth. Validez de Contenido y Validez Facial del Instrumento "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado". En: Revista AVANCES EN ENFERMERÍA VOL. XXVI No. 2, 2008. Disponible: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_8.pdf

La validez puede tener diferentes abordajes que son complementarios: 1) *validez de constructo* (medición de atributos psicológicos), 2) *validez predictiva* (establecimiento de una relación estadística con un criterio particular) y 3) *validez de contenido* (muestreo de una reserva de contenido requerido). Algunos otros autores plantean otras maneras para estimar la validez de los instrumentos, lo importante es que la validez es una pieza clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada[39].

La *validez aparente (facial)* es una forma de validez de contenido que mide el grado en el que los ítems parecen medir lo que se proponen. Es el método más sencillo para medir la validez del instrumento. Se considera la parte del "sentido común" de la validez de contenido que asegura que los ítems del instrumento sean adecuados. 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. Otro tipo de medición es la *validez de criterio* que 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 o regla de oro y los nuevos instrumentos que miden el mismo concepto se comparan con esa medida. Finalmente, se encuentra la *validez de constructo,* que 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 miden la misma dimensión. Esta validez determina la relación del instrumento con la teoría y la conceptualización teórica[40].

El proceso para medir la validez de constructo empieza definiendo una dimensión o tema, indicando la estructura interna de sus componentes y su relación teórica con otros

---

[39] CARVAJAL, A. et al. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? Articulo de Revisión. An. Sist. Saint. Navar. 2011, Vol. 34, No. 1, Enero – Abril. Disponible en: <scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision1.pdf>
[40] Ibíd.

instrumentos que midan la misma dimensión. Este es un proceso continúo que contribuye a entender mejor el constructo del instrumento y a realizar nuevas predicciones. En otros procedimientos, la validez de constructo se puede verificar mediante estudios de validez convergente – divergente, de análisis factorial y validez discriminante[41], para este estudio el procedimiento elegido, el análisis factorial.

La técnica del análisis factorial permite agrupar un alto número de variables en un conjunto de factores más reducido mediante subconjuntos de variables que correlación en alto entre sí en relación a otros subconjuntos, lo que permitirá explicar un fenómeno complejo de manera más parsimoniosa[42]. Otra definición citada en el mismo artículo tomada de Nunnally, expresa: "una definición clásica plantea que el análisis factorial consiste esencialmente en métodos para encontrar grupos de variables relacionadas, siendo cada uno de estos grupos (factores) con mayor correlación de sus elementos entre sí, que con los no incluidos en él"[43]. En conclusión, el análisis factorial descubre la varianza común que da origen a los factores de un determinado constructo. Es decir, el análisis factorial es una técnica estadística multivariante que sirve para estudiar las dimensiones o factores que subyacen a las relaciones entre las variables[44].

Hay dos tipos de análisis factorial: el exploratorio y el confirmatorio. El exploratorio se utiliza cuando no se conocen previamente los factores definitorios de las variables y el confirmatorio cuando se parte de factores definidos "a priori" y se comprueba la adecuación de los mismos al constructo teórico. La interpretación de un factor se realiza examinando las cargas factoriales de los ítems que incluye[45]. Algunos autores recomiendan tener en cuenta las cargas cuyos ítems muestren al menos un 15% de la varianza común con el factor. Para realizar esta técnica es necesario que exista correlación entre las variables del instrumento. Esto se suele realizar con la prueba de esfericidad de Bartlett, que indica que existe correlación entre las variables con lo que el análisis factorial tendría sentido; se considera adecuado con un nivel de significación

[41] CARVAJAL, A. et al. Óp. Cit.
[42] MACÍA SEPÚLVEDA, Felipe. Óp. Cit.
[43] Ibíd.
[44] Ibíd.
[45] CARVAJAL, A. et al. Óp. Cit.

menor de 0,05. La prueba de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkim (KMO) indica el grado de intercorrelación de las variables; si es mayor de 0,7 se considera factible[46].

Por otra parte, la confiabilidad es el proceso de establecer cuan fiable, consistente, coherente o estable es el instrumento que se ha elaborado. Así mismo, un instrumento de acopio de datos será confiable, inspirará confianza, cuando al ser aplicado en repetidas ocasiones arroje los mismos resultados[47].

Al elaborar instrumentos, es necesario tener en cuenta las recomendaciones para aumentar la confiabilidad; algunas de estas se mencionan a continuación:

- Aplicar reglas generales de elaboración de instrumentos, de tal forma que se eliminen errores de medición (preguntas ambiguas, espacios inadecuados para registrar la respuesta, lenguaje no claro para el que brinda la información, entre otros).
- Aumentar el número de preguntas sobre determinado tema.
- Elaborar instrucciones claras que orienten el llenado o utilización de los instrumentos.
- Aplicar los instrumentos o realizar las mediciones en condiciones similares.
- Realizar un control adecuado durante la recolección de datos.
- Evaluar la confiabilidad de los instrumentos antes de su aplicación definitiva, lo cual puede llevarse a cabo como parte de la prueba de campo[48].

La confiabilidad de un instrumento de medición puede evaluarse de distintas maneras. El método que se elija depende hasta cierto punto de la naturaleza del instrumento, aunque también del aspecto de la confiabilidad que revista mayor interés. Los aspectos que han sido objeto de mayor atención son estabilidad, congruencia interna y equivalencia[49].

Dentro de estos aspectos, se resalta las siguientes características:

---

[46] CARVAJAL, A. et al. Óp. Cit.
[47] MEJÍA, Elías. Técnica e Instrumentos de Investigación. Unidad de Post Grado de la Facultad de Educación de la UNMSM – Perú, 2005. ISBN: 9972-834-08-05 Disponible en: <http://www.unmsm.edu.pe/educacion/postgrado/descargas/tecnicas.pdf>
[48] PINEDA, Elia y DE ALVARADO, Eva Luz. Óp. Cit Pág. 158
[49] POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Óp. Cit. Pág. 393 – 394

Estabilidad: Hace referencia al grado en que pueden obtenerse los mismos resultados en aplicaciones repetidas. La estimación de la confiabilidad denota en este caso la susceptibilidad del instrumento a sufrir la influencia de factores extrínsecos que varían de una aplicación a otra.

Congruencia Interna: Con frecuencia, las pruebas y escalas compuestas que implican la suma de ítems se evalúan en términos de congruencia interna. Además, denota el grado en que todas las subpartes o reactivos de un instrumento miden el mismo atributo; puede evaluarse con base en la técnica de división de mitades o el método de Alfa de Cronbach. Este mide la correlación de los ítems dentro del cuestionario valorando cómo los diferentes ítems del instrumento miden las mismas características. Se considera el indicador más idóneo porque da un único valor de consistencia y proporciona los datos técnicos de la fiabilidad mitad y mitad. El rango del alfa de Cronbach oscila de 0 a 1. Valores elevados denotan una mayor consistencia o congruencia interna[50]. Por debajo de 0,6 se consideran un nivel de fiabilidad pobre o no aceptable.

Equivalencia: Este aspecto contempla dos posibilidades, cuando diferentes observadores o investigadores utilizan el mismo instrumento para medir simultáneamente el mismo fenómeno o cuando se aplican a la par dos instrumentos que, se presume, son paralelos.
La confiabilidad y la validez constituyen los dos más importantes aspectos por considerar cuando se evalúa una medición cuantitativa. Si se demuestra que el instrumento es razonablemente confiable y válido para un propósito específico, el investigador tiene cierta seguridad de que los resultados del estudio serán significativos[51]. Al respecto, Polit y Hungler, sugieren otros aspectos o criterios a tener en cuenta para hacer mucho más robusto un instrumento cuantitativo, lo que no significa que estos supriman las anteriores mediciones validez y confiabilidad, pero si las complementa. A continuación se relacionan estos criterios:

[50] CARVAJAL, A. et al. Óp. Cit.
[51] POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Óp. Cit. Pág. 405

- *Eficiencia:* tiene que ver con el contenido de la aplicación que se requiere para aplicar el instrumento, al número de preguntas, al tipo de preguntas y a la profundidad de la información[52].
- *Sensibilidad:* se refiere a la medida en que detecta y mide de manera confiable las variaciones más pequeñas de un atributo. La sensibilidad de un instrumento determina el nivel en que sus mediciones discriminarán entre los individuos que poseen diferentes cantidades de un atributo.
- *Objetividad:* Es indispensable que un instrumento suponga una mínima posibilidad de incongruencia entre dos o más investigadores independientes que lo apliquen para medir el mis fenómeno.
- *Comprensión:* Tanto el sujeto como el investigador deben ser capaces de comprender los procedimientos necesarios para garantizar mediciones precisas y válidas.
- *Equilibrio:* El diseñador de un instrumento debe intentar obtener una medición equilibrada a fin de reducir al mínimo la posibilidad de sesgos derivados de series de respuestas y facilitar la validez de contenido.
- *Rapidez:* Para la mayor parte de los instrumentos, el investigador debe asegurarse de que contará con el tiempo necesario para obtener mediciones completas sin apresurar el proceso.
- Unidimensionalidad: Toda herramienta de medición debe diseñarse de forma tal que produzca puntajes separados para cada concepto unitario.
- Intervalo: El instrumento debe ser susceptible de producir mediciones significativas de los valores esperados de la variable, desde el más pequeño hasta el mayor.
- Linealidad: El investigador suele intentar construir mediciones que tengan la misma exactitud y sensibilidad en el intervalo total de valores.
- Reactividad: En la medida de lo posible, el instrumento no deberá afectar el atributo que se mide.

---

[52] PIRATOBA HERNÁNDEZ, Blanca Nieves. Titulo: Confiabilidad del instrumento para medir la “habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica” en cuidadores de personas mayores de la localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería. Bogotá, 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3925/1/539467.2011.pdf..pdf>

- Sencillez: En igualdad de condiciones, siempre es preferible un instrumento sencillo a uno complejo, pues con las mediciones complicadas se corre un riesgo mayor de error.

Este tipo de conceptos desde la psicometría son claves al momento de abordar estudios metodológicos como ya se había descrito. Ellos permiten comprender la razón del por qué, los instrumentos o escalas deben cumplir con unas características para que su uso sea el apropiado e indicado. Además, que este tipo de medidas, permiten a la comunidad científica clasificar las herramientas de medición y hacerlas más competitivas al momento del abordaje de los fenómenos de estudio.

Comportamientos de Cuidado Humanizado. Este es otro concepto relevante, que para el estudio se retoma el propuesto por Rivera y Triana, donde se define como "el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción en el cuidado. Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción cuidador – ser cuidado para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía"[53].

En resumen, puede señalarse que demostrar sí un instrumento es válido y confiable para medir comportamientos de cuidado humanizado, es significativo para el desarrollo disciplinar y profesional de la enfermería que busca medir y cualificar este tipo de cuidado.

1.4 Definición del Problema

¿Cuál es la validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión[∂]"?

---

[53] RIVERA, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro (2007) Óp. Cit. Pág. 4

[∂] Esta tercera versión del instrumento PCHE que aporta esta investigación, retoma la primera versión creada por Rivera y Triana en el año 2003 y la adaptada por Rivera, Triana y Espitia en 2010

1.5 Objetivos

1.5.1 General

Determinar la Validez y Confiabilidad del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”

1.5.2 Específicos

- Determinar la validez facial y de contenido del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”
- Determinar la validez de constructo del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”
- Determinar la consistencia interna del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”

1.6 Justificación

El proceso de medición forma parte de la práctica diaria de todos los profesionales de salud; está presente por ejemplo, en la evaluación de la capacidad funcional de los adultos mayores, en la detección de actitudes […], o en la valoración del dolor subjetivo de un paciente. La aplicación de cuestionarios o escalas generan mediciones que muchas veces determinan importantes decisiones pronósticas y terapéuticas[54]. El uso de instrumentos en contextos de salud, han permitido descubrir necesidades de colectivos y han fortalecido los escenarios de desarrollo de los profesionales. Para enfermería, el diseño de instrumentos, ha abierto la posibilidad para fortalecer su esencia “el Cuidado”,

[54] ALARCON M, Ana M y MUÑOZ N, Sergio. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Rev. méd. Chile* [online]. 2008, vol.136, n.1 [citado 2013-01-27], pp. 125-130. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887

y ha ayudado a desenvolverse en escenarios académicos para contribuir al avance disciplinar.

Actualmente, la Enfermería colombiana no cuenta con instrumentos diseñados a nivel local en el tema de humanización y que hayan sido reportados en la literatura, excepto por el instrumento PCHE de Rivera y Triana; los demás cuyo uso ha sido reportado en el territorio colombiano han sido adaptados a los contextos culturales de las diversas regiones del país.

El fenómeno de la humanización ha tenido gran acogida por parte del sistema de salud, como un elemento fundamental que permite garantizar una atención con calidad a los pacientes y familiares. De acuerdo con esta situación, este estudio de tipo metodológico brinda la posibilidad de objetivizar la percepción de los pacientes frente al cuidado brindado por enfermería en escenarios hospitalarios y ofrece una herramienta rejuvenecida a través de procedimientos de validez y confiabilidad que para los profesionales de enfermería y para las mismas organizaciones de salud, es una opción en la búsqueda de la mejora continua de los procesos de enfermería en la realidad que experimentan los pacientes que acuden a su cuidado diariamente.

Para este estudio es claro que la posibilidad de desarrollar este tipo de metodología en las organizaciones que tenga dentro de sus políticas la humanización como uno de sus ejes de gestión, permite explorar componentes interesantes de la atención; por esta razón, la oportunidad de realizar este estudio en la IPS Centro Policlínico del Olaya permite una articulación a su línea estratégica de “Clínica Humanizada”, permitiendo al Departamento de Enfermería, identificar fortalezas y debilidades frente al proceso de atención de enfermería, donde se abre un abanico de oportunidades de mejora para hacer del cuidado de enfermería, un escenario propicio para fortalecer el vínculo enfermera(o) – paciente, que en otras palabras, como plantea Boykin y Schoenhofer “permiten nutrir a las personas que viven el cuidado y que crecen en el cuidado”[55]. Además, el estudio brinda la posibilidad de orientar al equipo de enfermería a fortalecer su actitud de servicio hacia los usuarios y replantear nuevas estrategias de atención que

[55] RAILE ALLIGOOD, Martha. MARRINER TOMEY. Óp. Cit. Pág. 407

ofrezcan a la comunidad en general, profesionales de la salud más cercanos a las realidades de sus usuarios y entornos de atención más agradables para la relación paciente-familia/enfermería.

Por otra parte, este estudio al proponer un análisis psicométrico de un instrumento cuyos cimientos partieron de la práctica y fueron validados por la teoría del cuidado humano, brinda a la profesión una herramienta sólida. Es decir, este trabajo ofrece a la enfermería colombiana información sobre sí el uso del instrumento de medición estudiado nutre el fenómeno de la humanización en el quehacer de enfermería, y de ser así respaldará nuevos intereses de investigación en las nuevas generaciones de la profesión.

A pesar que el instrumento PCHE ha tenido varios momentos de medición, la posibilidad de abordar este estudio en un escenario de maestría, brinda una alternativa de descubrimiento de elementos, no conocidos por los autores, facilitando a nuevos investigadores, a la comunidad científica y académica, claridad sobre la validez y confiabilidad de una herramienta objetiva que puede llegar a impactar el quehacer de enfermería en los diversos contextos de acción.

Capítulo 2. Marco Teórico

"La humanización, es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu, esencial de la vida"
Organización Mundial de la Salud

2.1 Aspectos generales

En el campo de la salud, cada día se hace más necesario contar con instrumentos que cumplan con características para que los resultados que se obtenga en estos ejercicios investigativos sean útiles. Con relación a la construcción de instrumentos en salud, Alarcón y Muñoz, quienes la han estudiado desde la perspectiva médica, señalan: "Medición es simplemente el proceso de asignar valores a ciertos eventos de la realidad. La dificultad del proceso radica al menos en dos aspectos: que el valor represente realmente el evento que se quiere medir, y que el evento sea expresado en toda su complejidad. En medicina, los instrumentos para determinar la condición biológica de un paciente han experimentado tal desarrollo tecnológico, que han logrado disminuir la incertidumbre de los resultados de una medición. No obstante, es la medición de salud como fenómeno psicosocial que requiere refinar la precisión de sus instrumentos, dado que el objetivo principal en este campo de la salud es recoger, en forma válida y confiable, la percepción subjetiva de los pacientes"[56]. De esta manera, los profesionales de la salud que usan diferentes instrumentos de medición no sólo desean saber si estos están disponibles para ser usados, es decir son operativos y están en buenas

[56] ALARCON M, Ana M y MUÑOZ N, Sergio. Óp. Cit.

condiciones; también les preocupa conocer hasta qué punto obtienen buenas mediciones y si de verdad miden lo que deberían medir. En síntesis, les interesa conocer qué tan válidos y confiables son sus instrumentos de medición, no sólo termómetros o electroencefalogramas, sino también pruebas de ansiedad, de personalidad, así como aquellas que miden el conocimiento sobre la salud[57].

Con relación a instrumentos en el marco del cuidado de la experiencia de la salud humana, se han venido construyendo herramientas que brindan la posibilidad de explorar fenómenos que para la profesión son de gran interés y de utilidad para hacer posible el acceso a las realidades de los pacientes. En la tabla 1, se relacionan algunos de los instrumentos que se han construido a partir de enfoques teóricos que se orientan a lograr un cuidado humano.

Tabla 1 Resumen de instrumentos para medir el cuidado

Instrumento / Autor	Sustento teórico	Descripción y pruebas psicométricas
Care Q de Larson	Este fue el primer instrumento cuantitativo reportado en la literatura de enfermería. Se desarrolló bajo la premisa básica de que los comportamientos de cuidado de la enfermera producen un sentimiento en los pacientes de “sentirse cuidados”. El propósito específico es el de identificar los comportamientos de cuidado de la enfermera que se consideran importantes para hacer que los pacientes se sientan cuidados en el proceso del acto de cuidado (Larson)	Consistió en la medición de 50 conductas del cuidado de la enfermera, dividida en seis subescalas: la accesibilidad (seis ítems), el prever (cinco ítems) explicación facilitación (seis ítems), el confort (nueve ítems), la relación de confianza (16 ítems), y el seguimiento por supervisión (ocho ítems). El diseño del instrumento permite su adaptación a diferentes contextos.

[57] PADILLA-SANTOYO, Paola y VILCHEZ-ROMAN, Carlos. Propiedades psicométricas del cuestionario SAHLSA-50: prueba estandarizada para medir el conocimiento sobre la salud. Rev Per Obst Enf. [online]. jul./dic. 2008, vol.4, no.2 [citado 12 Septiembre 2013], p.90-95. Disponible en la World Wide Web: <http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-77132008000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1816-7713.

Caring Behaviors Assessment Tool CBA (cuestionario de comportamientos en la medida del cuidado) Cronin y Harrison 1988	Se basa en los planteamientos de Watson J. referentes a los factores cuidativos. Consta de 63 conductas de comportamiento de cuidado de enfermería distribuidos en siete subescalas: el humanismo (sensibilidad a la fe y esperanza), la ayuda (confianza), las expresiones positivas/negativas, la enseñanza/aprendizaje, el soporte (protección/corrección), las necesidades humanas (asistencia) y lo existencial / fenomenológica.	El instrumento presenta un índice de validez de contenido (IVC) confirmado por cuatro expertos y un alfa de Cronbach de la escala total de 0,93 y por subescalas oscila entre 0,66 – 0,90
Caring Ability Inventory CAI (instrumento de habilidad del cuidado) Nkongho, Ngozi 1990	Su elaboración fue fundamentada en cuatro supuestos teóricos: a) el cuidado es multidimensional con componentes cognitivos y actitudinal, b) el potencial de cuidado está presente en todos los individuos, c) el cuidado puede ser enseñado y d) el cuidado puede ser cuantificable. Su base conceptual estuvo inspirada por los elementos del cuidado propuesto por Mayeroff (1971) Consta de 37 ítems divididos entre subescalas llamadas conocimiento (14 ítems), coraje (13 ítems) y paciencia (10 ítems). Estos representan tres de los elementos de cuidado que presenta Mayeroff.	Este instrumento presenta un índice de validez de contenido (IVC) de 0,80 y una alfa de Cronbach por cada subescala de 0,71 – 0,84, los resultados de la prueba de test y pretest presentó rangos por subescalas entre 0,64 – 0,80.
Invetario de Comportamientos de Cuidado CBI Wolf, Colahan y Costello (1986-1994)	Fue el segundo instrumento de medición de cuidado reportado en la literatura de enfermería después de la publicación de Larson (1984). Su concepto teórico fue derivado de la literatura de cuidado en general y de la teoría de Watson J. (1988), particularmente de la relación transpersonal. Su base conceptual hace referencia a que las enfermeras cuidan a través de un proceso interactivo e intersubjetivo que ocurre durante momentos de vulnerabilidad compartidos entre la enfermera y el paciente. La confiabilidad prueba – reprueba fue previamente establecida al igual que la confiabilidad interna, y la validez de contenido u constructo. La confiabilidad de consistencia interna total del CBI fue de 0,98. Según Giardino R. E. (1998), la utilización del CBI, ha permitido relacionar el cuidado de enfermería con	Los estudios de Costello, A., Warwick, Ambrose, M. S. & que han utilizado el CBI han permitidos relacionar el cuidado de enfermería con la satisfacción del paciente y proponer la estructuración de hipótesis de cuidado para medir el grado de satisfacción del paciente en relación con el cuidado recibido. Consta de 42 ítems, distribuidos en cinco subescalas de cuidado como: el respeto, la confianza en sí mismo, el conectarse, el conocimiento

	la satisfacción del paciente y proponer la estructuración de hipótesis de cuidado para medir el grado de satisfacción del paciente en relación con el cuidado recibido.	profesional y las habilidades. El instrumento presenta un alfa de Cronbach en la escala total de 0,96 y por subescalas oscila entre 0,81 – 0,92

Fuente: Tesis de Maestría "Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo[58]

De acuerdo a estos instrumentos presentados, se evidenció su aplicación en estudios a nivel de Colombia, como: 1) Instrumento de Wolf "Inventario de Comportamientos de Cuidado" se ha utilizado en "Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo"[59], desarrollado por Deisy Saavedra (2013) en un ejercicio de maestría; 2) Instrumento Care Q de Larson, utilizado en el estudio "Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C."[60], realizado por Edith Molina (2011) en un ejercicio académico de maestría; Estudio "Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander"[61] realizado por Luz Marina Bautista (2004) en un ejercicio académico de maestría; 3) Instrumento de habilidad del cuidado de Nkongho, Ngozi, usado en estudios como: "La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica"[62] por Barrera y compañeras (2004).

---

[58] SAAVEDRA INFANTE, Deisy Lorena. Titulo: Comportamiento de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo. Bogotá, 2013. 130 h. Tesis de Maestría (Magister en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería. Disponible en línea: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11168/1/deisylorenasaavedrainfante.2013.pdf>

[59] Ibíd.

[60] MOLINA C, Edith Milena. Título de Maestría: "Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, Maestría Investigativa en Enfermería. Bogotá, 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>

[61] BAUTISTA R, Luz Marina. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichán [online]. 2008, vol.8, n.1 [cited 2014-09-06], pp. 74-84. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1657-5997.

[62] BARRERA, L., GALVIS, CR., MORENO, ME., PINTO, N., PINZÓN, ML., ROMERO, E., SÁNCHEZ, B. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Invest. Educ. enferm 2006; 24(1): 36-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a04>

Es claro, que estas herramientas implícitamente están enfocadas al abordaje del cuidado integral desde sus fundamentos teóricos, pero también lo es que estos instrumentos se han gestado en contextos diferentes que posteriormente deben ser adaptados a las realidades de los lugares donde se quieren aplicar. Por esta razón es importante apoyar y propiciar la generación de instrumentos locales que permitan abordar las realidades y necesidades de cuidado del país teniendo en cuenta la variedad cultural que la caracteriza.

Frente a esta necesidad de abordar el fenómeno del Cuidado Humanizado y su cualificación en la práctica de enfermería, la presente investigación retoma la experiencia de enfermeras clínicas de la Clínica del Country de la ciudad de Bogotá, cuyo avance en la generación del instrumento denominado "Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería PCHE – Clinicountry" y del que ya se tiene una 2ª versión, es sin duda promisorio y debe ser continuado para lograr consolidar un instrumento que contemple de manera objetiva y precisa los comportamientos de cuidado humanizado del personal de enfermería en una institución hospitalaria.

La primera etapa para la materialización del instrumento "Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería" surgió a partir de un estudio que retoman sus autores de la experiencia de tres enfermeras quienes en el año 2001, se encontraban en formación como especialistas en Enfermería Cardiorrespiratoria en la Universidad Nacional de Colombia, y se interesaron en abordar el fenómeno del Cuidado Humanizado en pacientes hospitalizados en la ciudad de Bogotá. Ellas realizaron un estudio fenomenológico con abordaje cualitativo, donde se procedió al desarrollo de entrevistas, con una pregunta central: ¿Cómo fue la experiencia de recibir cuidado de enfermería humanizado durante la hospitalización?[63] Allí, las investigadoras solicitaban a los participantes que describieran su respuesta lo más completa posible y manifestarán cómo se habían sentido durante la misma. El grupo investigador encontró nueve categorías orientadas a: Sentimientos del Paciente (sentirse apreciado…), Características de la Enfermera (Ser cálida…), Dar Apoyo Emocional (Dar buen trato…),

[63] MORENO, Mónica. ALVIS, Tania. MUÑOZ, Sandra. Experiencia de Recibir un Cuidado Humanizado en un Servicio de Hospitalización. Libro: El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería – Universidad Nacional de Colombia. Unibiblios. 2002. Pág. 210

Dar Apoyo Físico (Tomar de la Mano…), Cualidades del Hacer de la Enfermera (Propiciar el Diálogo…), Proactividad (Dar Explicaciones Anticipadas…), Empatía (Escuchar…), Priorizar al Ser Cuidado (Respeto por la Intimidad…), Disponibilidad para la Atención (Preguntar Cómo está…). ***Ver anexo A****, Conformación Categorías y Códigos Nominales de la investigación: Experiencia de Recibir un Cuidado de Enfermería Humanizado en un Servicio de Hospitalización.*

Con este insumo, los autores movidos por el interés de conocer la percepción de las personas a quienes cuidaban, de sus familias y respondiendo a la búsqueda del Departamento de Enfermería de dar un cuidado humanizado, adelantaron un estado del arte acerca del concepto de cuidado de enfermería y cuidado humanizado. Dentro de esa revisión se abordan los fundamentos de la Teoría de Cuidado Humano de Jean Watson y la Teoría de la Enfermería como Cuidado de Boykin y Schoenhofer, base conceptual que posibilitó la construcción un instrumento para ser utilizado en la práctica.

Una vez diseñado, el instrumento “Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE)” fue sometido a panel de expertos y a validación facial. De esta manera, se llegó a la definición y construcción del instrumento PCHE versión 1, con 50 ítems con el uso de una escala Likert de 4 opciones (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre), donde este retoman las nueve categorías planteadas por el estudio de Alvis, Moreno y Muñoz.

En el 2005 y con el fin de determinar y evaluar la validez del instrumento PCHE, los investigadores, realizaron la aplicación del mismo, con un grupo de 274 personas entre pacientes y familiares. Dentro de las recomendaciones obtenidas a partir del estudio, se sugiere evaluar la confiabilidad y validez de constructo del instrumento PCHE, junto con el análisis de psicometría.

En el 2008, desde la experiencia de un espacio académico a nivel de maestría, se propuso desarrollar un estudio para determinar la validez de contenido y validez facial del instrumento. Este estudio realizado por Nadia Reina y asesorado por Elizabeth Vargas, presentó los resultados del proceso de validez a través de pruebas psicométricas que señalan, que el instrumento tiene una validez facial alta con pacientes, expresado en un

índice de 0.94, una validez facial con expertos a nivel medio, con un índice de acuerdo de 0.78 y un índice de contenido de 0.83[64]; sin embargo, los expertos en el análisis cualitativo de la validez facial y de contenido hicieron diversas observaciones, entre estas fortalecer el respaldo teórico y dentro del estudio se sugiere que se reduzcan el número de ítems, hacer ajustes semánticos de las preguntas y la autora del estudio sugiere enfrentar la investigación a la determinación del nivel de confiabilidad del instrumento.

Con lo anterior, los investigadores creadores del instrumento junto con la participación de Sonia Espitia, enfermera de la Clínica Country, inician un proceso de deconstrucción del instrumento PCHE Versión 1, siguiendo los referentes teóricos del concepto de Cuidado Humanizado y los lineamientos de los expertos. Esto permitió la construcción de la 2ª versión de PCHE y la realización de una validación fácil y de contenido, presentando en la actualidad un instrumento de 32 ítems.

Revisando la valiosa trayectoria que ha tenido la construcción de este instrumento, que surge desde la experiencia de la enfermería clínica colombiana y la necesidad de reconocer la percepción de los sujetos de cuidado frente al quehacer que se brinda día a día, se identifica el valioso aporte que genera la creación de un instrumento que permite a las instituciones de salud y en especial a los departamentos de enfermería, la medición y valoración de su actuar en uno de los componentes del sistema de calidad en salud que es la humanización y en concordancia con estos principios llevados a la práctica. El presente estudio busca responder a esta necesidad, para lo cual genera la 3ª versión del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Clinicountry” y determinar con base en ella el grado de validez y confiabilidad con que cuenta.

2.2 Estudios sobre la humanización en enfermería

El debate sobre el cuidado en la civilización humana y como ideal profesional, protagonizado por la enfermería, involucra crecientemente una amplia y renovada

[64] REINA, Nadia. VARGA, Elizabeth. Óp. Cit.

reflexión, principalmente cuando está relacionado a la temática de la humanización[65], componente de la atención que ha empezado a calar en diversos ámbitos de la sociedad.

En esta exploración del cuidado y la humanización, algunos estudios han conceptualizado el significado del cuidado humanizado llegando a estas expresiones: "el cuidado humanizado es la expresión dedicada, atenta, incondicional del enfermero al entrar en contacto con el paciente. Es ayudar a que recobre su independencia, su autonomía, es la preocupación y el esmero para lograr un estado de máximo bienestar físico, psicológico, social y espiritual, lo cual se logra a través de la comunicación terapéutica, la comprensión, la aceptación, la tolerancia, la escucha activa, el establecimiento de una relación de ayuda donde los pensamientos y sentimientos se reflejan de manera coherente con las acciones que se realizan"[66]. Además, precisan que "el cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente. Es acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser yo mismo, despojándome de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad, que implica el cuidado humanizado[67].

Por otra parte, enfermeras de la costa norte de Colombia, consideran que "el cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado"[68]. Al involucrarse en el cuidado humanizado, el profesional de enfermería debe explorar

---

[65] MARTINS, Josiane de Jesús. Et al. Óp. Cit.

[66] MUÑOZ HERNÁNDEZ, Yolanda. CORAL IBARRA, Rosa. MORENO PRIETO, Dayana. PINILLA PINTO, Diana. SUÁREZ RODRÍGUEZ, Yaneth. Significado del Cuidado Humanizado en Egresadas de la Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, 2009. Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol 1. Disponible en: <http://repertorio.fucsalud.edu.co/pdf/vol18-04-2009/7-SIGNIFICADO.pdf>

[67] Ibíd.

[68] ROMERO, Elizabeth. CONTRERAS, Inelda. PEREZ, Yanileth. MONCADA, Anny. JIMÉNEZ, Verónica. Cuidado Humanizado en Pacientes Hospitalizados. Cartagena, Colombia 2012. Revista Ciencias Biomédicas ISSN: 2215 – 7840, 4 (1) Enero – Junio 2013. [Citado en septiembre 12 de 2013] Disponible en: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/article/download/252/197>

componentes de su actuar que le permitan entrar en ese vinculo con el paciente, que los lleve a un crecimiento permanente.

En la medida en que pasamos a reflexionar sobre las interacciones humanas, entendemos que estamos constantemente descubriendo experiencias, construyendo nuevos conocimientos, ampliando las formas de cuidar. En ese contexto, cuya práctica profesional de enfermería es permeada por el acto de cuidar del otro ser, se vuelve fundamental discutir sobre el cuidado en su aspecto humanizador[69].

Al respecto, en el mundo se cuenta con escalas enfocadas a la medición del cuidado, como anteriormente se describían en la tabla 1 *resumen de instrumentos para medir el cuidado*. Y a partir de estas construcciones se han desarrollado diferentes experiencias de aplicación en diversos contextos.

En el marco de los estudios del cuidado asociado a diversos fenómenos, enfermería ha asumido como líder en el cuidado de la salud de las personas, el diseño de instrumentos y escalas que permitan abordar estas realidades del cuidado, de una manera más objetiva y que permita el consenso en la comunidad científica.

Bajo esta perspectiva, para el presente estudio se realizó una búsqueda de referentes en medición del cuidado, bajo descriptores como cuidado humanizado, humanización, cuidado, articulados con validez, validación, escalas, cuidado de enfermería, entre otros, en bases de datos y buscadores de la web. En la tabla 2, se presentan un resumen de la búsqueda realizada en las bases Scielo, Medline, Science Direct y Ovid Nursing. Al realizar esta revisión, se evidencia que estudios reportados frente al fenómeno de la humanización son pocos y este estudio propicia la construcción de nuevos estudios en este fenómeno.

---

[69] ROMERO, Elizabeth. CONTRERAS, Inelda. PEREZ, Yanileth. MONCADA, Anny. JIMÉNEZ, Verónica. Óp. Cit.

Tabla 2 Revisión de Base de Datos

Base de Datos	Descriptor	Años	# Artículos encontrados	# Artículos importantes para el estudio	Idioma
Scielo	Cuidado humanizado	2006 – 2013	27	6	Español Inglés
	Medición de Cuidado Humano	2005 – 2012	4	2	Español Inglés
	Validez de instrumentos en enfermería	2008 - 2014	7	1	Español Inglés
	Validación de instrumentos en enfermería	2003 - 2013	17	4	Español Inglés
	Propiedades psicométricas de una escala	2006 - 2013	11	1	Español Inglés
Medline	Humanized Care	2004 - 2014	13	1	Español Inglés
	Validez de escala de cuidado de enfermería	2004 - 2011	9	1	Español Inglés
Science Direct	Humanized Care	2004 - 2014	28	1	Español Inglés
Ovid Nursing	Humanised Care	2004 - 2014	9	2	Inglés

Fuente: Revisión y construcción del marco teórico

A partir de esta búsqueda, se puede destacar los siguientes hallazgos, precisando que no todos abordan el fenómeno de la humanización, pero que es importante tener en cuenta que el cuidado está impregnado de humanización y que el presente estudio precisa un enfoque de estudio metodológico aplicado a la disciplina de enfermería:

A nivel mundial desde el enfoque de la medición, se enuncian algunos de ellos. En España, por ejemplo se realizó un estudio de "Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería"[70]. Su objetivo fue

[70] PEDRO GOMEZ, Joan de et al. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2009, vol.83, n.4 [citado 2014-06-20], pp. 577-586. Disponible en:

validar el instrumento en el entorno español, a través de un estudio multicéntrico, descriptivo y transversal de validación psicométrica. En este proceso se determinaron el análisis factorial: exploratorio y confirmatorio del instrumento. Dentro de las conclusiones del estudio, se encontró que el modelo trifactorial del instrumento, ha obtenido suficiente evidencia empírica para su sustentación y puede ser aplicado en nuestro medio, aunque los resultados invitan a refinar el factor "actitud", mediante el contraste en muestras en otros contextos y con mayor heterogeneidad de perfiles profesionales. En Chile, se realizó la "Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada"[71]. El objetivo del estudio fue validar la escala original y la abreviada para la carga del cuidador de Zarit. La aplicación se realizó con dos grupos de entrevistadores, quienes aplican las escalas originales y abreviadas de Zarit. Dentro de sus resultados se encontró que ambas escalas, mostraron una alta correlación con el indicador subjetivo de la carga y con la depresión, que apoya su validez de constructo. Finalmente para este estudio, ambas escalas de Zarit son válidas, para evaluar la carga de los cuidadores en un contexto chileno. La escala abreviada parece particularmente útil para la atención primaria. En Bolivia, se elaboró el estudio "Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermería"[72], con el objetivo de desarrollar y validar un instrumento para orientar la evaluación de enfermería en parámetros asistenciales y docentes. Participaron doce enfermeras bolivianas y se utilizaron el análisis de documentos y técnicas de consenso para definir las categorías y criterios a ser incluidas en el instrumento. Estas categorías son: la evaluación física y los 11 Patrones Funcionales de Salud de Gordon. El instrumento se caracteriza por ser breve, de sencilla comprensión y por centrarse en el enfermero. No incluye elementos de evaluación física avanzada, pero sí criterios de estilos de vida y autonomía del paciente.

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.

[71] BREINBAUER K, Hayo et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [online]. 2009, vol.137, n.5 [citado 2014-06-20], pp. 657-665. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009.

[72] FERNANDEZ-SOLA, Cayetano et al. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermeira. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012, vol.46, n.6 [citado 2014-06-20], pp. 1415-1422. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600019&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0080-6234. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600019.

El desarrollo de estos instrumentos contribuye a la calidad de los registros, favorece el juicio clínico y la aplicación del proceso a la enfermería, refuerza el papel del enfermero, favoreciendo la sistematización de su práctica. Con relación a la humanización, en España, se realizó el estudio denominado "Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento: Escala Humanizar"[73], el objetivo del estudio fue analizar el sentido que las personas dan al sufrimiento y los factores que subyacen desarrollando una escala de medida. El método del estudio fue descriptivo y correlacional de validación de escala. Tras revisión bibliográfica, se elaboró un listado de ítems que se sometieron a análisis de validez; de contenido mediante jueces, de criterio mediante contraste con variable externa y de constructo mediante análisis factorial exploratorio. La fiabilidad mediante coeficiente alfa de Cronbach. La escala fue respondida 253 personas, 83% (207) mujeres y 17% (42) hombres, con una media de edad de 41,37 años. La escala con 24 ítems ofreció un alfa de Cronbach 0,871. Se obtuvieron 7 dimensiones que explicaban un 62,42% de la varianza total. Se nombraron los factores Trascendencia (26,367% de la varianza), Castigo (9,929%), Catalizador de cambio (6,498%), Masoquismo (5,691%) e Inherente a la vida (5,254%). Salvo la última, todas las subescalas obtuvieron un alfa superior a 0,67. No existieron diferencias de género, pero sí en función de la existencia o no de creencias religiosas. En conclusión, la Escala Humanizar se plantea fiable y en principio válida con una estructura coherente de cinco factores, que recoge el sentido que la persona da al sufrimiento, dejando abierta la posibilidad de la exploración según poblaciones y en función de que existan o no creencias religiosas.

En Colombia, en el 2010, se realizó un estudio de "Validez y confiabilidad del instrumento de calidad de vida, versión familiar en español"[74]. Su objetivo fue determinar la validez y confiabilidad del instrumento "Calidad de vida, versión familiar en español", mediante investigación metodológica con pruebas de psicometría que se aplicaron en test y retest

---

[73] BERMEJO, J.C.; LOZANO, B.; VILLACIEROS, M. y CARABIAS, R. Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento: Escala Humanizar. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2013, vol.36, n.1 [citado 2014-06-20], pp. 35-45. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627. http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000100004.

[74] ARCOS IMBACHI, Diana Marcela. Tesis: "Validez y confiabilidad del instrumento calidad de vida, versión familiar en español". Universidad Nacional de Colombia. Facultado de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería. Bogotá, 2010. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3924/1/539454.2010.pdf.pdf>

a 108 cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica. El estudio se desarrolló en tres pasos (1. Afinación semántica, 2. Validez de contenido y facial, 3. Aplicación del instrumento con los ajustes realizados en los pasos anteriores y la medición de la confiabilidad). El cálculo y análisis de la confiabilidad se determinó con 36 ítems. Se determinó la estabilidad test-retest, con un coeficiente de correlación entre totales en 0,88 la cual se considera una correlación positiva fuerte, que satisface los criterios de confiabilidad test-retest. Se determinó la consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.65 para los 36 ítems en el test y retest. Posteriormente se realizó una prueba en donde se suprimieron 12 ítems con las puntuaciones más bajas o negativas en la correlación con el total 1 y 2, de tal manera que el Alfa de Cronbach con 24 ítems reportó 0.8 en el test y retest, considerado un puntaje que está por encima del mínimo aceptado para que un instrumento se considere confiable. Finalmente se recomienda continuar con el proceso de confiabilidad, enfocado en estudiar con mayor detenimiento los 12 ítems que reportaron correlaciones bajas o negativas.

Otro estudio reportado bajo este enfoque, es: Confiabilidad del instrumento para medir “habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica” en cuidadores de personas mayores de la localidad de Usaquén, Bogotá. Distrito Capital. Este estudio se realizó teniendo en cuenta la investigación metodológica, el objetivo fue medir la confiabilidad del instrumento “Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica” de Barrera. Se aplicó un instrumento en forma guiada, con escala tipo likert, con 55 ítems a 110 cuidadores de personas mayores de la Localidad de Usaquén de Bogotá. La confiabilidad del instrumento se midió a través de la consistencia interna la cual mostró un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.683 para el instrumento total. Este valor fue más bajo que el que de la versión original del instrumento (0,77), teniendo en cuenta que es un instrumento nuevo, puede considerarse un estadio aceptable como proceso inicial. Los resultados por dimensiones mostraron la dimensión de relación de (0.43), comprensión (0,712), modificación de estilos de vida (0,287). El instrumento valora la habilidad de cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad crónica, el estudio sugiere continuar el proceso psicométrico de confiabilidad, evaluar el comportamiento de los ítems identificados con alguna dificultad en la comprensión, analizar la correlación ítem- escala y dimensión, para adaptar el instrumento.

Dentro del enfoque de la humanización se encuentra también el estudio “Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson”[75]. Su objetivo fue validar Caring Efficacy Scale y Nyberg´s Caring Assessment, elementos basados en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano que se fundamenta en los aspectos humanos y éticos del cuidado. Los instrumentos fueron validados en una muestra de 360 enfermeras chilenas. Los coeficientes de alfa de Cronbach fueron de 0,76 para Caring Efficacy Scale, y de 0,82 para el Nyberg´s Caring Assessment. En cuanto a la validez de constructo ambos instrumentos se correlacionan positiva y significativamente. Se pondera divergencia como estrategia de esta validez en ambos instrumentos y se utiliza una subescala que evalúa la falta de empatía con el sufrimiento del otro.

En conclusión, la validación de estas escalas es un aporte al cuidado humano transpersonal, para conocer el significado que las enfermeras le otorgan, y cuán eficaces se sienten, así como remediar aspectos deficitarios en la enseñanza y práctica del cuidado. Puede afirmarse que este recorrido de experiencias mundiales y nacionales, evidencian la importancia del desarrollo y fortalecimiento permanente de los instrumentos y escalas en enfermería, ya que ofrecen a la práctica posibilidades de abordaje y mejoramiento de la atención mediante el uso de herramientas sólidas para reconocer los fenómenos y aprender de ellos.

Como bien lo han señalado en el Brasil, “En la práctica somos profesionales preparados para rechazar el fracaso, cumplimos estándares, procedimientos, pero aún no tenemos una norma, o mejor, protocolos de enfermería, que indiquen cómo debemos actuar en la dimensión del cuidado sensible; en la atención de las demandas de cuidados de aquellos que enfrentan los sufrimientos provenientes de la enfermedad. Ni siquiera conseguimos cualificar algunos comportamientos esperados en el proceso del cuidado de aquellos usuarios de los servicios de salud, que buscan resolver los desequilibrios en sus procesos vitales, estando en condiciones reales o de riesgo en relación a los problemas

[75] POBLETE TRONCOSO, Margarita. VALENZUELA SUAZO, Sandra. MERINO, José Manuel. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. Aquichan, vol. 12 número 1, enero – abril 2012. Universidad de la Sabana. Cundinamarca, Colombia. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/8-21/pdf>

de salud”[76]. Finalmente, los retos siguen estando presentes en el cuidado de las personas, y el hecho de contar con el apoyo de instrumentos válidos y confiables, que permitan que los pacientes expresen sus percepciones frente al cuidado que se brinda día a día, abre una nueva posibilidad de mejorar la práctica del cuidado a nivel de las instituciones como de los profesionales de manera que unos y otros se enfoquen en un cuidado más humano, integral y sensible.

[76] PEREIRA, A. SOUZA DA SILVA, R. DE CAMARGO, CL. RIBEIRO DE OLIVEIRA, RC. Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. Enfermería Global. Enero 2012 – No. 25 ISSN 1695 – 6141. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.1.143161>

Capítulo 3. Marco de Diseño

"La ciencia sin ética es ciega y por ello desorienta y deshumaniza"
O. W. Gómez

3.1 Enfoque y Tipo de Estudio

La presente investigación es un estudio con enfoque cuantitativo y de tipo metodológico, que adelantó pruebas psicométricas para determinar la validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Clinicountry" generando para ello la 3ª versión.

Los estudios metodológicos se caracterizan como su nombre lo indica, por apoyar las metodologías con base en las cuales se investiga. En tal sentido, el realizar la evaluación de instrumentos o las técnicas de recolección de los datos, basándose en las teorías y procedimientos psicométricos hace parte de ello. La psicometría está interesada en medir una manera confiable y validad constructos y conceptos, algunas veces difíciles de medir, por lo que se necesita de teorías o métodos específicos para lograr este objetivo[77].

A continuación se presenta el esquema de cómo se desarrolló el estudio por fases:

---

[77] BARÓN DÍAZ, Yeyvi Yamile. Tesis: Confiabilidad y Validez de Constructo del Instrumento "Habilidad de Cuidado de Cuidadores Familiares de Personas que viven una Situación de Enfermedad Crónica". Programa de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia 2010. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4122/1/539513.2011.pdf>

Tabla 3 Esquema de fases del estudio

FASES DEL ESTUDIO: VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA CLINICOUNTRY 3a. VERSIÓN"					
FASES	**ACCIONES**	**PARTICIPANTES**	**CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES**	**PRODUCTOS ESPERADOS**	**TIEMPO DE EJECUCIÓN**
I	Ajuste Semántico de los ítems	176	* Personas del común * No contacto directo en el ámbito de la salud * Personas que puedan leer y con posibilidades de compresión del instrumento * Voluntad de participación	Propuesta de 3a. versión PCHE	2 meses
II	Validez Facial y Contenido	8	* Profesionales en Enfermería * Con una trayectoria en áreas asistenciales, administrativas y/o docentes * Con experiencia investigativa en fenómenos de cuidado principalmente de la humanización	PCHE 3a. versión validado	2 meses
III	Validez Constructo y Confiabilidad	320	* Pacientes hospitalizados * Pacientes mayores de edad * Pacientes con posibilidades para leer y escribir al momento de la autorización del consentimiento informado	Definición del constructo e instrumento confiable para su aplicación	4 meses

Fuente: Información de las fases del estudio

Es importante precisar que para el presente estudio, no se requirió desarrollar una experiencia de prueba piloto en cada una de las fases de la construcción de la nueva versión del instrumento, ya que este lleva una larga trayectoria y la

revisión de las situaciones especiales que se pudiesen presentar se tienen en cuenta en los riesgos del diseño que posteriormente se expresarán.

3.2 Participantes

Para este estudio, se propuso realizar la medición de validez en varios momentos con la participación de personas del común, de expertos en enfermería y finalmente de pacientes hospitalizados. El primer grupo de 176 personas, dieron su opinión para la fase preliminar de ajuste semántico de los ítems el cual se propuso para plantear la 3ª versión del instrumento en estudio. Los criterios para seleccionar a este grupo fueron los siguientes: personas del común, no trabajar o tener contacto directo en el ámbito de la salud, personas que puedan leer y con posibilidades de compresión del instrumento, y participación voluntaria.

En cuanto la validez por expertos se contó con la participación de 8 enfermeras de se desarrollan profesionalmente en varios ámbitos del cuidado (asistencia, administración y docencia). Esta selección se basó en los siguientes parámetros: profesionales en Enfermería, con una trayectoria en áreas asistenciales, administrativas y/o docentes y con experiencia investigativa en fenómenos de cuidado principalmente de la humanización.

Para las pruebas de validez de constructo y confiabilidad, se contó con la participación de 320 pacientes hospitalizados en la IPS Centro Policlínico del Olaya entre los servicios hospitalarios quirúrgicos, ginecoobstétricos y de medicina interna. Los criterios de inclusión y exclusión de este grupo son reportados más adelante.

3.3 Tamaño de la Muestra

Para los estudios metodológicos existe una manera de calcular la muestra de acuerdo al número de ítems de la escala o instrumento. Según Campo y Oviedo[78], se acepta para escalas de veinte ítems que el tamaño de la muestra esté entre cinco y veinte participantes por cada ítem que hace parte de la escala, es decir, entre 100 y 400 sujetos. Cuando el número de participantes calculado para una escala compuesta por menos de diez ítems es inferior a 100 sujetos, se recomienda que la muestra se forme con diez participantes por cada 10 ítems, como cuando se va a realizar un análisis factorial exploratorio. Para simplificar este proceso del cálculo del tamaño de la muestra se sugiere que siempre que se pueda, se cuente con una muestra de por lo menos cien participantes en este tipo de estudio.

Para el caso del presente estudio, se tomó por cada ítem del instrumento a 10 pacientes para un total de 320 pacientes hospitalizados debido a los objetivos del estudio de determinar la validez y la confiabilidad, mediciones que requieren un número de participantes adecuados y suficientes para que los cálculos sean más confiables.

3.4 Criterios

3.4.1 De Inclusión

Para el presente estudio se determinaron los siguientes criterios de inclusión de pacientes para hacer la aplicación del instrumento:

[78] CAMPO – ARIAS, Adalberto. OVIEDO, Heidi C. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. Instituto de investigación del comportamiento humano. Bogotá, Colombia. Revista de Salud Pública. Volumen 10, Diciembre 2008. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf>

- Pacientes hospitalizados en la IPS Centro Policlínico del Olaya S.A.
- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes hospitalizados que pudieran leer y escribir para el momento de la autorización del consentimiento informado.

3.4.2 De Exclusión

Para el presente estudio se determinaron los siguientes criterios de exclusión para la participación en el estudio:

- Pacientes hospitalizados con alteraciones mentales que no les permitieran comprender adecuadamente el instrumento.
- Pacientes hospitalizados que se encontraran aislados.

3.5 Control de Riesgos del Diseño

Para el presente estudio el investigador estimó algunos riesgos con el fin de establecer los respectivos controles:

- En cuanto a la selección de los participantes y así prevenir dificultades en la información se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión que permitieron prevenir este riesgo por parte de los participantes.
- Para controlar los riesgos en cuanto a la información contenida en el instrumento, se realizó una validación facial del instrumento para que existiera mayor claridad de las frases allí contenidas
- Con relación a la recolección de la información, durante la aplicación del instrumento se evitó la presencia de personal asistencial del servicio para no generar confusión en los participantes y así garantizar su privacidad.

3.6 Aspectos Éticos

Este estudio tuvo en cuenta lo dispuesto en la Ley 911 de 2004, donde establece en el artículo 29 que: “En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería

participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería, nacionales e internacionales"[79].

Además, contempló lo dispuesto en la Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, donde se resuelve que para los estudios investigativos en salud se tendrá en cuenta:

"Artículo 5: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de

[79] TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911 de 2004. Bogotá, Octubre – 2004.

salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución"[80].

3.6.1 Principios Éticos de la Investigación

En conformidad a lo establecido anteriormente, este estudio estableció un consentimiento informado para los pacientes participantes según el modelo en el Anexo E y con previa autorización de la IPS (Anexo F), donde se desarrolló el estudio, garantizando la privacidad de los participantes en cada una de sus habitaciones debido a que fueron pacientes hospitalizados entonces la aplicación del instrumento se realizará en estas áreas. Además este estudio tuvo en cuenta los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, fidelidad y reciprocidad:

Principio de Beneficencia: Este principio indica el imperativo de hacer el bien a todos. Para el presente estudio se orientarán todas las acciones investigativas cumpliendo lo establecido con los participantes, en favor de su integridad emocional al momento del desarrollo de la investigación.

Principio de No Maleficencia: El presente estudio es metodológico, el cual busca la validez y confiabilidad de un instrumento orientado a la atención de enfermería desde componente de la humanización, y para su desarrollo contempló la participación de personas, quienes tuvieron una participación muy importante y donde la investigación se diseñó con el fin de no afectarlos en su integridad como personas, durante el estudio se pidió su percepción frente a la atención del personal de enfermería, la cual no tuvo un impacto sobre los paciente, debido a que el personal de los servicios, no tendrá acceso a

[80] MINISTERIO DE SALUD. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

esta información de forma individual sino que conocerá los resultados una vez finalizado el estudio. Además, al momento de la aplicación del instrumento se garantizó la privacidad dentro del ambiente hospitalario.

Principio de Autonomía: A través de la firma de consentimiento informado, previa explicación del objetivo e implicaciones del estudio que cada participante recibió, se salvaguardó este principio, permitiendo a cada uno la toma de decisión en la participación en el estudio.

Principio de Justicia: A los participantes del estudio se les brindó un trato humano, respaldado por la equidad y el respeto por cada uno.

Principio de Veracidad: Para el presente estudio se presentaron con claridad las intenciones del estudio, objetivo, finalidad en el marco de la verdad desde la investigación, garantizando de esta manera la no vulneración de los participantes del estudio, el buen nombre de la institución donde se desarrolló y del profesional quien lo realizó.

Principio de Fidelidad: Se preservó este principio desarrollando el estudio en el marco de la confidencialidad de la información, cumpliendo los acuerdos a los que se llegó con los participantes y utilizando los resultados para usos exclusivos de la investigación presentada.

Principio de Reciprocidad: El presente estudio propició para los participantes, un espacio para poder expresar sus sentimientos y percepciones frente a la atención, a la organización que le presenta el servicio de salud y contribuir al mejoramiento continuo de calidad de la atención de enfermería. Además, se brindó la posibilidad disponer con la ayuda de los participantes, de un instrumento nacional sometido a mediciones de validez y confiabilidad, útil para uso en las instituciones de salud hospitalarios y que posteriormente se pueda adaptar a ámbitos ambulatorios. Además, se brinda a la IPS donde se aplicó el instrumento la posibilidad de conocer los resultados, posterior a la aprobación del comité asesor y su presentación formal ante los jurados. Este espacio se concertará con CPO SA., para la presentación de los resultados y entrega de un informe.

3.7 Aspectos Ambientales

Según la secretaria distrital de ambiente un aspecto ambiental es “un elemento de las actividades, productos o servicios de una organización que puede interactuar con el ambiente”[81]. Frente a estos aspectos, la Universidad Nacional de Colombia, promueve en la comunidad universitaria el aprovechamiento responsable de los recursos naturales, fomentando actitudes de ahorro, reducción, recuperación, reutilización y reciclaje, buscando prevenir, mitigar, controlar y/o reducir los impactos ambientales negativos derivados de las actividades misionales de la Universidad Nacional de Colombia, que puedan afectar el ambiente natural, el construido y el entorno[82]. Por tal razón, para el presente estudio se mantuvo el control en el uso racional de los recursos especialmente, el papel.

3.8 Procedimiento para la Recolección de la Información

De acuerdo con las fases del estudio previamente descritas (ver tabla 3), la recolección de la información se realizó así:

En la *fase I*, a partir de la 2ª versión del instrumento “PCHE” Clinicountry que se obtuvo por parte de los autores, se hizo una revisión de los soportes del instrumento y de los ítems que lo componen. A partir de esta información se hizo una adaptación semántica de los ítems con la participación de 176 personas del común donde opinaron qué tan claros eran los ítems; con esta información se generó una propuesta de 3ª versión que se utilizaría en las siguientes fases del estudio.

En la *fase II* del estudio, la propuesta de la 3ª versión, se sometió a validez por expertos, contando con la participación de 8 enfermeras de los ámbitos hospitalarios,

---

[81] SECRETARIA DISTRITAL DE AMBIENTE. Instructivo. Diligenciamiento de la matriz de identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales. Bogotá, Junio 2013. Disponible en: <http://ambientebogota.gov.co/en/c/document_library/get_file?uuid=92aa0378-5f62-4623-b973-9e632e0c1e40&groupId=10157>

[82] UNAL. Acuerdo 016 de 2011: Política Ambiental de la Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Norma1.jsp?i=43766>

administrativos y docencia, quienes evaluaron el instrumento teniendo en cuenta criterios de claridad, precisión, comprensión, relevancia y pertinencia.

En la *fase III*, teniendo formalmente la 3ª versión y se aplicó en campo, a 320 pacientes hospitalizados de la IPS Centro Policlínico del Olaya S.A., teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, anteriormente descritos. Dentro de la aplicación a los pacientes hospitalizados, se garantizó la privacidad de la aplicación del instrumento dentro de las condiciones de infraestructura que contempla la institución donde se desarrolló el estudio. Con la información recolectada, se aplicaron las mediciones para validez de constructo y confiabilidad. Para la validez de constructo se aplicó el *análisis factorial*. En esta ocasión se optó por determinar el constructo a través de un análisis factorial exploratorio debido a que en las mediciones anteriores el constructo solo tenía un soporte teórico y faltaba el estadístico, para el fortalecimiento del instrumento y la determinación de sus dimensiones mediante esta medición. Y para la confiabilidad, se calculó del *Alfa de Cronbach*.

Se especifica en la ilustración 1. Cronograma del estudio, que al finalizar el estudio se realizará la divulgación del estudio a la facultad a través de la sustentación al grupo de jurados, la presentación de los resultados a la IPS donde se desarrolló el estudio. Además se realizará la publicación de un artículo del estudio para conocimiento de la comunidad científica y académica.

3.9 Cronograma del estudio

Ilustración 1 Cronograma del estudio

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE - CLINICOUNTRY 3a. VERSIÓN								
DESCRIPCIÓN	2012			2013			2014	
	Cuatrimestre 1	Cuatrimestre 2	Cuatrimestre 3	Cuatrimestre 1	Cuatrimestre 2	Cuatrimestre 3	Cuatrimestre 1	Cuatrimestre 2
1. Identificación del Tema y del Problema								
2. Realización del Estado del Arte del Instrumento y el fenómeno abordado								
3. Solicitud y recepción del permiso de los Autores para el uso del Instrumento en el estudio								
4. Revisión y ajustes semánticos del instrumento PCHE 2a. Versión								
5. Aplicación del propuesta de 3a. versión a personal del común								
6. Elaboración de la propuesta del instrumento 3a. Versión								
7. Elaboración de la propuesta del estudio para aval de comité asesor y de ética								
8. Solicitud formal de desarrollo del estudio en la IPS CPO SA donde se desarrollará								
9. Presentación y aprobación por parte de la Directora de Tesis, Comité Asesor y Comité de Ética								
10. Aplicación de medición de validez facial y de contenido por expertos de la propuesta de 3a. versión								
11. Consolidación y generación de la 3a. versión del instrumento PCHE - Clinicountry								
12. Aplicación del instrumento en campo con paciente hospitalizados								
13. Consolidación de la información recopilada								
14. Aplicación de mediciones para validez de constructo y confiabilidad								
15. Análisis de la información y determinación de los resultados								
16. Construcción del informe de tesis								
17. Presentación a comité asesor para asignación de jurados								
18. Presentación oral a jurados								
19. Presentación y socialización de Resultados a la IPS								

Fuente: Información desarrollada en el estudio

Capítulo 4. Marco de Resultados

“La misión del profesional de la salud es: curar a veces, aliviar frecuentemente, confortar siempre”
O. W. Gómez

4.1 Fase I Resultados de ajuste semántico

En esta fase, se realizó la adaptación semántica de los ítems de la 2ª versión facilitada por sus autores, con el fin de permitir al lector una mejor comprensión de los ítems y del mismo instrumento, lo que posteriormente generó ajustar el sentido de la escala Likert que maneja el instrumento para la calificación de las diferentes afirmaciones. Para esta fase, se contó con la colaboración de 176 personas (entre jóvenes y adultos) no relacionadas directamente con el área de la salud y teniendo en cuenta los aspectos antes mencionados, para que dieran su opinión de qué tan entendibles eran los ítems. A continuación se transcriben algunas de sus observaciones frente a los ítems: “Hay algunas preguntas que no son tan claras para los usuarios”, “No es clara”, “Es confusa”, “Qué es sentir cuidado”, “Qué es eliminación”, “Mala redacción”, “No se entiende”, “Los puntos se entienden parcialmente es de pronto por la mala redacción”. “Es necesario ver las preguntas 3, 6, 28, pues no están claras”, “Se deberían utilizar palabras más comunes para el entendimiento de los pacientes”, “Hay algunas palabras que se podrían reemplazar por sinónimos para que la comprensión sea más efectiva”, entre otras. De los resultados de las opiniones se encontró que, 18 ítems de los 32, no lograron un 80% de la compresión por los participantes. A partir de este momento se realizaron ajustes a 12 ítems, y se organizó la propuesta de la 3ª versión, la cual posteriormente sería sometida a panel de expertos para la fase II y III. También, como se había descrito se invierte la escala Likert, armonizando los ítems con la forma de calificación.

4.2 Fase II Resultados de validez facial y contenido

Posterior a esta primera fase, la propuesta de instrumento en su 3ª versión, fue sometida a la validez facial y de contenido por parte de un panel de expertos. En este panel se contó con la participación de 8 enfermeras con trayectoria clínica, académica y administrativa en la profesión; con formación como especialistas en distintas áreas de la salud, magísteres y doctoras en enfermería; además se encontraban vinculadas a la red latinoamericana de cuidado al paciente crónico. A ellas se les suministró un instrumento con la información básica de los criterios de evaluación (claridad, precisión, comprensión, relevancia y pertinencia), los conceptos abordados por los autores y las categorías definidas por los mismos. Posterior a esto, encontraban los 32 ítems del instrumento que evaluaron y expresaron sus observaciones. A continuación se relacionan los resultados obtenidos en esta evaluación (Ilustración 2) y algunos comentarios de ellas:

Ilustración 2 Evaluación por expertos - validez facial y de contenido

	ÍTEM	VALIDEZ FACIAL										VALIDEZ CONTENIDO						
		CLARIDAD			PRECISIÓN			COMPRENSIÓN			VF TOTAL	RELEVANCIA			PERTINENCIA			IVC
		SI	NO	%	SI	NO	%	SI	NO	%		SI	NO	%	SI	NO	%	
1	1. Le hacen sentir como una persona	6	2	0,8	6	2	0,8	7	1	0,9	0,8	8	0	1,0	7	1	0,9	0,9
2	2. Le tratan con amabilidad	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
3	3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
4	4. Le miran a los ojos cuando le hablan	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
5	5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes	7	1	0,9	7	1	0,9	7	1	0,9	0,9	7	1	0,9	7	1	0,9	0,9
6	6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con	6	2	0,8	6	2	0,8	7	1	0,9	0,8	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
7	7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted	6	2	0,8	6	2	0,8	6	2	0,8	0,8	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
8	8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan	6	2	0,8	8	0	1,0	8	0	1,0	0,9	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
9	9. Le facilitan el diálogo	7	1	0,9	7	1	0,9	7	1	0,9	0,9	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
10	10. Le explican previamente los procedimientos	7	1	0,9	6	2	0,8	7	1	0,9	0,8	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
11	11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
12	12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos	6	2	0,8	6	2	0,8	7	1	0,9	0,8	7	1	0,9	8	0	1,0	0,9
13	13. Le dedican el tiempo requerido para su atención	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
14	14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud	7	1	0,9	7	1	0,9	7	1	0,9	0,9	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
15	15. Le explican los cuidados usando un tono de voz	7	1	0,9	6	2	0,8	7	1	0,9	0,8	7	1	0,9	7	1	0,9	0,9
16	16. Le llaman por su nombre	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
17	17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores	7	1	0,9	7	1	0,9	7	1	0,9	0,9	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
18	18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
19	19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud	7	1	0,9	7	1	0,9	7	1	0,9	0,9	7	1	0,9	7	1	0,9	0,9
20	20. Le manifiestan que están pendientes de usted	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
21	21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento	8	0	1,0	8	0	1,0	7	1	0,9	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
22	22. Responden oportunamente a su llamado	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
23	23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual	6	2	0,8	7	1	0,9	7	1	0,9	0,8	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
24	24. Le escuchan atentamente	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
25	25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
26	26. Le brindan un cuidado cálido y delicado	7	1	0,9	6	2	0,8	8	0	1,0	0,9	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
27	27. Le ayudan a manejar su dolor físico	7	1	0,9	7	1	0,9	7	1	0,9	0,9	7	1	0,9	7	1	0,9	0,9
28	28. Le demuestran que son responsables con su atención	8	0	1,0	8	0	1,0	7	1	0,9	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
29	29. Le respetan sus decisiones	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
30	30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
31	31. Le respetan su intimidad	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
32	32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico	8	0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0	8	0	1,0	8	0	1,0	1,0
	TOTAL	235	21	0,92	235	21	0,92	240	16	0,94	0,92	251	5	0,98	251	5	0,98	0,98

Fuente: Resultados del Estudio

“Sería bueno no sólo indagar que sea oportuno sino que sea adecuado, acorde a las necesidades del paciente”, “Sería más clara si se invierte el orden?”, “Puede ser ambivalente, la respuesta no es clara”, “Algunos ítems como este el paciente podría entenderlos mejor si se precisa <<Le genera confianza cuando lo cuida la enfermera>>”, “Sugiero que el término más adecuado en lugar de procedimientos es: cuidados de enfermería”, “Esta sección o dimensión se enfoca hacia calidad del cuidado”, “Sugiero esta opción: Lo llaman por su nombre antes de realizarle los procedimientos. Lo de “cargo” no es comprensible y no creo que sea relevante, pero lo de su nombre sí”, entre otros. Para esta medición de la validez se determinó un índice de aceptabilidad o acuerdo por parte de las expertas de 0,92 en cuanto la validez facial y un índice de validez de contenido (IVC) de 0,98. Esto significa que el instrumento en el conjunto de sus ítems demuestra una validez facial y de contenido frente a esta nueva versión.

Según el panel de expertos, en su gran mayoría llegar al acuerdo que el instrumento era válido, desde su contenido y su apariencia, considerando que los ítems miden lo que proponen medir. De allí se realizó nuevamente una revisión y ajuste para generar formalmente la 3ª versión del instrumento.

4.3 Fase III Resultados del instrumento aplicado, del constructo y la confiabilidad

Posterior a la medición realizada por el panel de expertos, se realizó la aplicación del instrumento en su nueva versión a 320 pacientes hospitalizados en la IPS Centro Policlínico del Olaya, institución en la cual actualmente se vienen desarrollando acciones en caminadas a la atención humanizada y desde su plataforma estratégica cuentan con una línea estratégica denominada “Clínica Humanizada”, lo que permitió articular el estudio con las políticas institucionales. Esta medición era necesaria para poder determinar la validez de constructo y calcular el Alfa de Cronbach.

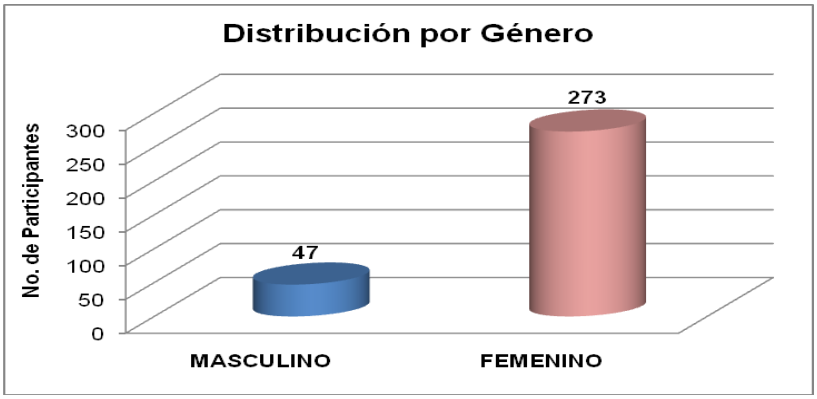
4.3.1 Resultados aplicación del instrumento PCHE – Clinicountry 3ª versión

Caracterización de los participantes hospitalizados

Para el presente estudio se hizo uso de una herramienta del grupo de cuidado al paciente crónico para la caracterización de la población, denominada con las siglas GCPC-UN-P que significa “Instrumento de caracterización de paciente con enfermedad crónica” en su versión 3. A continuación se realizará la descripción de los participantes de acuerdo a unos aspectos generales de la caracterización:

El primer aspecto caracterizado es el género de los participantes, los cuales de acuerdo a la población que acude a la IPS se evidencia una mayor asistencia del género femenino que representa de acuerdo a la muestra antes descrita un 85% versus un 15% correspondiente a la población masculina participante en el estudio (Ilustración 3).

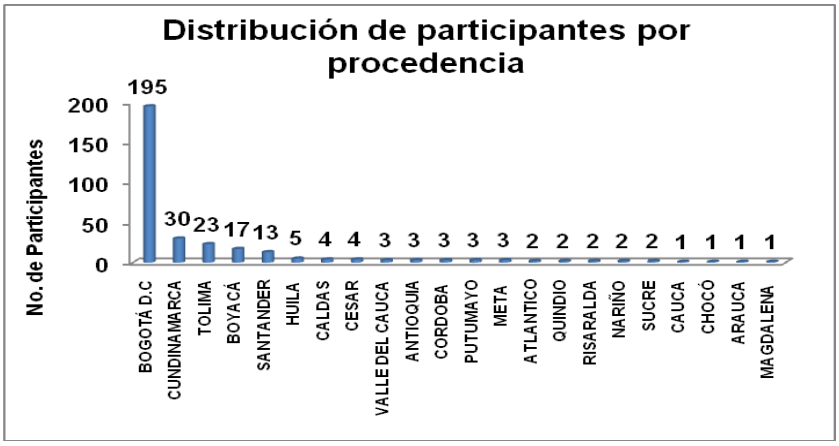
Ilustración 3 Distribución de participantes por género



Fuente: Datos del instrumento GCPC-UN-P

El segundo aspecto que fue caracterizado es la procedencia de los participantes. De acuerdo a la aplicación de instrumento, el 61% de los pacientes son procedentes y residentes de la ciudad de Bogotá. Dentro de las procedencias de los pacientes participantes siguen los departamentos de Cundinamarca, Tolima y Boyacá (Ilustración 4).

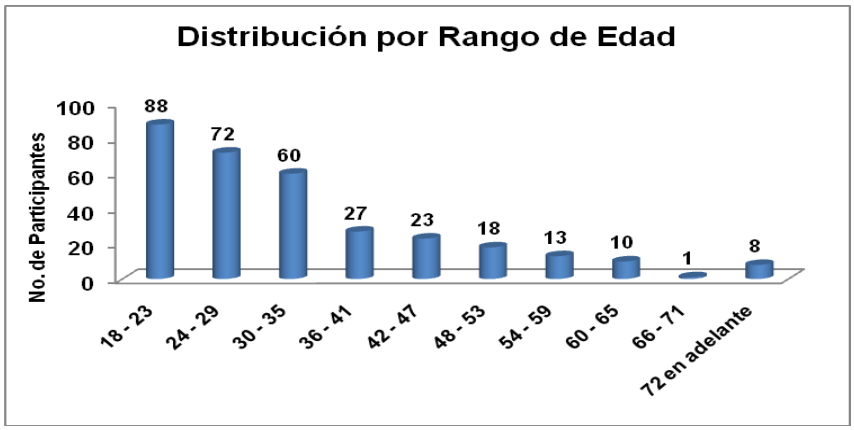
Ilustración 4 Distribución de participantes por procedencia



Fuente: Datos del instrumento GCPC-UN-P

En cuanto a la distribución por edad de los participantes, se definieron unos rangos de edades donde se evidencia de acuerdo a la ilustración 5 que un 69% de los pacientes se encuentran entre edades de los 18 años y los 35 años. Este comportamiento puede deberse a que los principales egresos de los pacientes son por mujeres en edades fértiles quienes asisten al servicio de Ginecoobstetricia para su atención de parto o cesárea.

Ilustración 5 Distribución de participantes por rango de edad

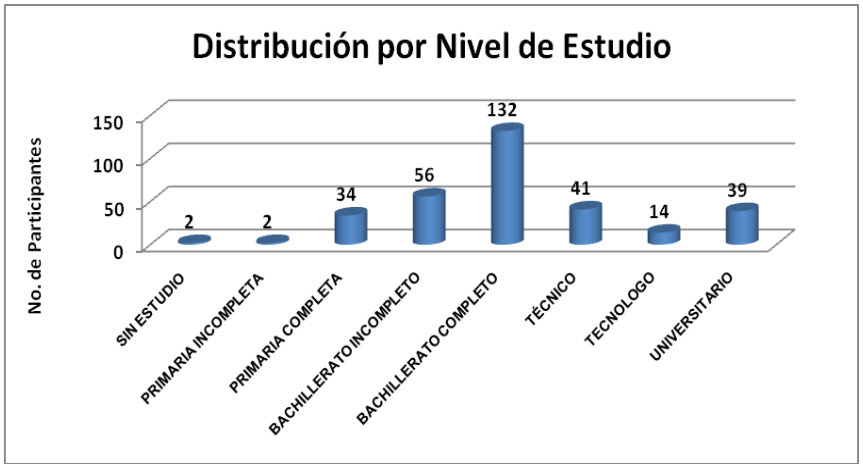


Fuente: Datos del instrumento GCPC-UN-P

En cuanto al siguiente aspecto en el instrumento de caracterización, se describe el nivel de escolaridad de los participantes, donde se encuentra que un 29% de los pacientes

han realizado estudios técnicos y profesionales, otro 29% tienen su bachillerato incompleto, completaron la primaria, solo cursaron unos grandos de la primaria o no tuvieron estudio. Y con 42% de los participantes se establece aquellos que completaron su bachillerato pero no han realizado algún estudio adicional (Ilustración 6).

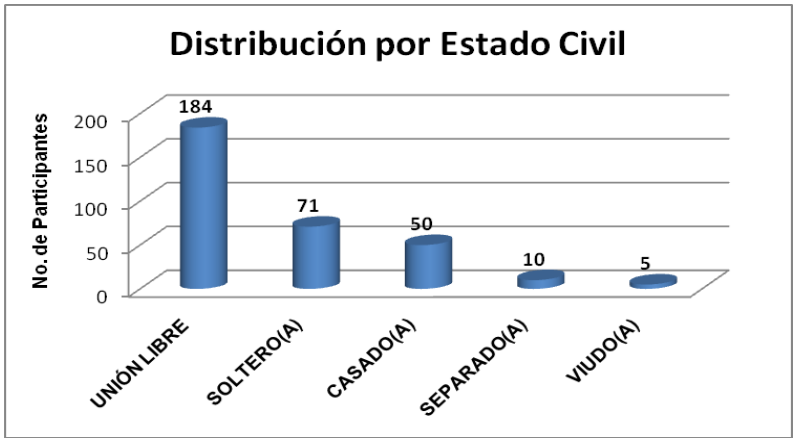
Ilustración 6 Distribución de participantes por nivel de escolaridad



Fuente: Datos del instrumento GCPC-UN-P

De acuerdo a los pacientes quienes participaron, el 58% de ellos se encuentran en unión libre, frente a un 22% de los participantes que se encuentran solteros (Ilustración 7).

Ilustración 7 Distribución de participantes por estado civil

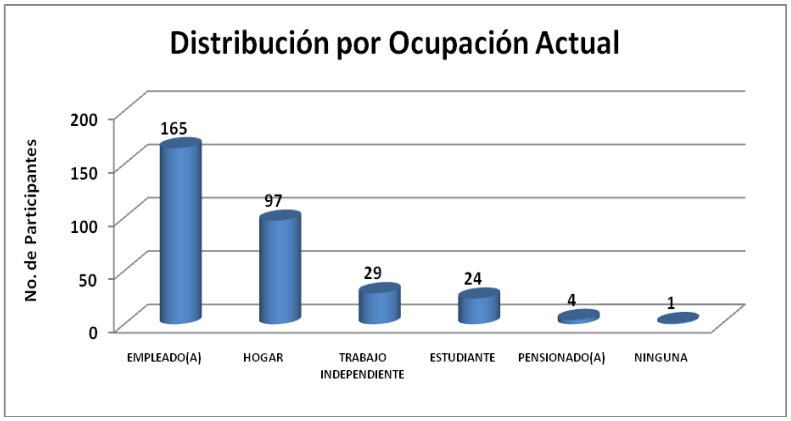


Fuente: Datos del instrumento GCPC-UN-P

Otro aspecto que aborda el instrumento de caracterización es la ocupación actual de los pacientes, para este caso el mayor porcentaje se centra personal empleadas, que

corresponde a un 52% de las personas a quienes se les aplicó el instrumento. Seguido de este se encuentra la ocupación como hogar que equivale a un 30% de los participantes debido que como se mencionaba anteriormente los principales motivos de hospitalización son de mujeres en gestación que acuden a su atención de parto o cesárea y que muchas de ellas se dedican a las tareas de la casa (Ilustración 8).

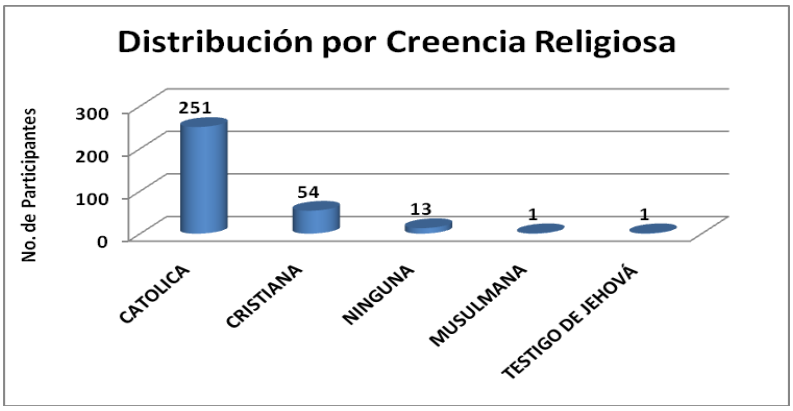
Ilustración 8 Distribución de participantes por ocupación actual



Fuente: Datos del instrumento GCPC-UN-P

De los 320 pacientes a quienes se les aplicó el instrumento, se identificó que un 78% pertenece a la religión cátolica, siendo este comportamiento asociado a que el país es principalmente católico. Dentro de los participantes un 14% de ellos manifestó que no participaban en alguna religión pero que eran creyentes en Dios (Ilustración 9).

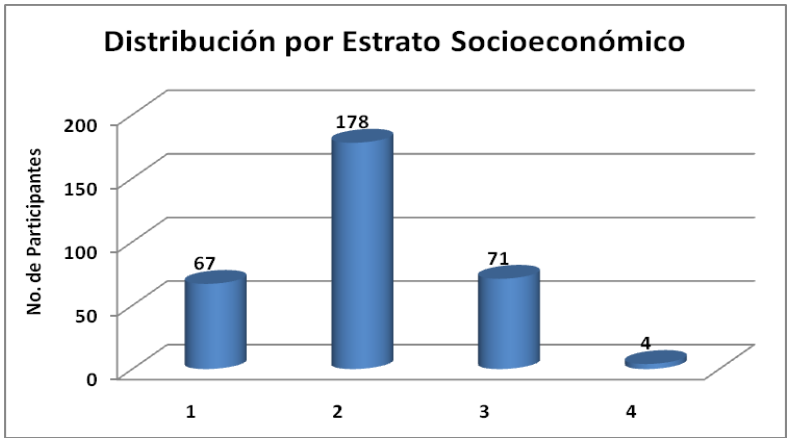
Ilustración 9 Distribución de participantes por religión



Fuente: Datos del instrumento GCPC-UN-P

Finalmente, el último aspecto carácterizado fue el estrato socioeconómico de los participantes, donde se evidencia según la ilustración 10, que la mayor parte de los pacientes se encuentran en un estrato 2, que corresponde al 56%. Seguido de esto se encuentran los estratos 3 y 1 (22% y 19%). Estos tres estratos son los que principalmente asisten a la IPS donde se realizó el presente estudio.

Ilustración 10 Distribución de participantes por estrato socioeconómico



Fuente: Datos del instrumento GCPC-UN-P

Resultados descriptivos de la percepción de cuidado humanizado con base en la aplicación del instrumento PCHE – Clinicountry 3ª versión

Con relación a la aplicación del instrumento, se realizó a 320 pacientes hospitalizados como anteriormente se había mencionado. Ahora se presentarán los resultados obtenidos de esta 3ª versión, siguiendo las recomendaciones de los autores para el análisis de la información del instrumento.

De acuerdo a los autores el instrumento puede alcanzar los siguientes resultados, teniendo en cuenta que la escala likert que usa el instrumento se le da una calificación de 1 a 4, por los 32 ítems:

- Siempre se percibe una relación de cuidado humanizado de enfermería (puntuación de la escala entre 104,1 – 128)
- Casi siempre se percibe el cuidado de enfermería (puntuación de la escala entre 80,1 – 104)

- Algunas veces se percibe el cuidado de enfermería (puntuación de la escala entre 56,1 – 80)
- Ninguna percepción del cuidado (puntuación de la escala entre 32 – 56)

Al respecto, de acuerdo a la aplicación del instrumento en los 320 pacientes hospitalizados en la IPS Centro Policlínico del Olaya, se obtuvo:

Tabla 4 Evaluación general del instrumento

Medida de Percepción	# de Participantes	% de Participación
Siempre	271	84,7
Casi siempre	36	11,3
Algunas Veces	12	3,8
Nunca	1	0,3

Fuente: Resultados del instrumento

De acuerdo a lo anterior, para el 84,7% de los participantes, se percibe siempre una relación de cuidado humanizado de enfermería en el personal de enfermería de la institución, lo que se traduce que en la IPS se brinda general una atención humanizada.

Por otra parte, con relación a las categorías propuestas por los autores, se realiza la evaluación de los ítems por categorías donde se evidencia que en general todas las categorías se orientan a que los pacientes hospitalizados perciben siempre comportamientos de cuidado humanizado, destacando dentro de ellos la categoría "*la priorización al ser cuidado"* con un 93,4%, donde aspectos como que le hacen sentirse como una persona, el llamado por el nombre, el respeto por las creencias y valores, a las decisiones y a la intimidad se destacan principalmente en la atención.

Tabla 5 Calificación de categorías por resultados obtenidos

Dar apoyo emocional		
Medida de Percepción	**# de Participantes**	**% de Participación**
Siempre	274	85,6
Casi siempre	28	8,8

Algunas Veces	15	4,7
Nunca	3	0,9
Dar apoyo físico		
Medida de Percepción	**# de Participantes**	**% de Participación**
Siempre	267	83,4
Casi siempre	33	10,3
Algunas Veces	17	5,3
Nunca	3	0,9
Empatía		
Medida de Percepción	**# de Participantes**	**% de Participación**
Siempre	264	82,5
Casi siempre	40	12,5
Algunas Veces	15	4,7
Nunca	1	0,3
Cualidades del hacer de la enfermera		
Medida de Percepción	**# de Participantes**	**% de Participación**
Siempre	269	84,1
Casi siempre	38	11,9
Algunas Veces	11	3,4
Nunca	2	0,6
Proactividad		
Medida de Percepción	**# de Participantes**	**% de Participación**
Siempre	268	83,8
Casi siempre	40	12,5
Algunas Veces	9	2,8
Nunca	3	0,9
Priorizar al ser cuidado		
Medida de Percepción	**# de Participantes**	**% de Participación**
Siempre	299	93,4
Casi siempre	17	5,3
Algunas Veces	4	1,3
Nunca	0	0

Fuente: Resultados del instrumento

4.3.2 Constructo

Para esta validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio, se hizo uso del programa SPSS para calcular las mediciones correspondientes. Dentro de la aplicación de esta técnica se obtuvo los siguientes resultados:

a. Primero para poder aplicar ésta técnica es necesario que exista una correlación entre las variables del instrumento. Para esto, se utiliza dos medidas que permiten determinar la viabilidad de esta técnica: la prueba de adecuación muestral de Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Según Carvajal y otros, el KMO indica el grado de intercorrelación de las variables, si es mayor a 0,7 se considera factible, y en cuanto más cerca a 1, mejor será la adecuación muestral. Por otra parte, la prueba de esfericidad de Bartlett, indica que existe correlación entre las variables con lo que el análisis factorial tendía sentido. Para que sea factible el realizar el análisis factorial se considera adecuado con un nivel de significación menor de 0,05. De acuerdo a lo anterior, para este estudio se obtuvo un KMO de 0,956 y una prueba de esfericidad de Bartlett 0,0, esto indica la posibilidad de hallar de manera factible el análisis factorial (Ilustración 11).

Ilustración 11 Cálculo de KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,956
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	6462,292
	Gl	496
	Sig.	,000

Fuente: Resultados del análisis factorial

b. Otro aspecto que permite obtener este tipo de programas es el cálculo de la varianza explicada, que permite determinar que tanto el fenómeno está siendo abordado por los factores del instrumento. Para el presente estudio la varianza corresponde a un 55,5%, es decir, que este porcentaje a la influencia que están teniendo las variables sobre el fenómeno que estudio el instrumento, para este

caso la humanización, y el porcentaje restantes puede estar influenciado por otros aspectos que complementan el fenómeno definido.

Ilustración 12 Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	15,055	47,046	47,046	15,055	47,046	47,046	7,228	22,588	22,588
2	1,365	4,265	51,311	1,365	4,265	51,311	5,387	16,833	39,421
3	1,350	4,218	55,529	1,350	4,218	55,529	5,154	16,108	55,529
4	1,077	3,365	58,893						
5	1,001	3,129	62,022						
6	,931	2,908	64,930						
7	,772	2,413	67,343						
8	,745	2,329	69,672						
9	,719	2,246	71,917						
10	,658	2,055	73,972						
11	,637	1,990	75,962						
12	,596	1,862	77,824						
13	,572	1,788	79,612						
14	,547	1,709	81,321						
15	,518	1,618	82,940						
16	,502	1,570	84,510						
17	,468	1,462	85,971						
18	,459	1,435	87,407						
19	,421	1,315	88,721						
20	,398	1,244	89,965						
21	,374	1,169	91,135						
22	,359	1,122	92,257						
23	,339	1,061	93,317						
24	,303	,947	94,264						
25	,285	,891	95,155						
26	,278	,869	96,024						
27	,272	,852	96,875						
28	,238	,744	97,619						
29	,223	,698	98,317						

30	,215	,672	98,990						
31	,173	,540	99,529						
32	,151	,471	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.
Fuente: Resultados del análisis factorial

c. Posteriormente, a través del programa SPSS, se rotó el instrumento forzado a 6 categorías, teniendo en cuenta que los autores proponen este número por su revisión teórica y por expertos. En la ilustración 13, se presentan las cargas factoriales por 6 factores, que presentan los ítems por cada factor y se subraya las mayores cargas que tienen los ítems por factor. Al realizar la comparación con la categorización desarrollada por los autores no se encontró articulación con la matriz rotada, los ítems se encuentran dispersos por los distintos factores.

Ilustración 13 Matriz de componentes rotados a 6 factores

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
ITEM 1	,192	,815	,144	,055	,149	,097
ITEM 2	,409	,597	,092	,227	,273	,063
ITEM 3	,519	,527	,263	,236	,068	,071
ITEM 4	,279	,192	,054	-,007	,741	,284
ITEM 5	,190	,243	,210	,112	,687	,115
ITEM 6	,204	,641	,311	,179	,352	,036
ITEM 7	,252	,620	,202	,375	,229	,055
ITEM 8	,226	,654	,244	,348	,136	,016
ITEM 9	,362	,192	,362	,330	,387	-,159
ITEM 10	,057	,215	,322	,404	,572	-,021
ITEM 11	,192	,323	,429	,360	,457	-,107
ITEM 12	,194	,104	,570	,132	,387	,116
ITEM 13	,439	,310	,376	,179	,346	,136
ITEM 14	,121	,388	,654	,056	,281	,145
ITEM 15	,289	,459	,383	,117	,171	,255
ITEM 16	,165	,101	,123	,242	,143	,765
ITEM 17	,185	,564	,144	,149	,140	,450
ITEM 18	,651	,273	,203	,006	,197	,104
ITEM 19	,180	,198	,593	,332	,292	,061

ITEM 20	,501	,190	,602	,161	-,024	,195
ITEM 21	,422	,313	,609	,082	,087	,146
ITEM 22	,662	,171	,232	,126	,193	,172
ITEM 23	,245	,131	,658	,331	,059	-,028
ITEM 24	,436	,169	,294	,395	,333	,085
ITEM 25	,433	,108	,462	,124	,207	,318
ITEM 26	,676	,196	,223	,291	,122	,229
ITEM 27	,647	,306	,153	,247	,269	-,024
ITEM 28	,624	,397	,265	,394	,073	-,026
ITEM 29	,412	,263	,254	,556	,112	,152
ITEM 30	,252	,276	,184	,566	,108	,320
ITEM 31	,175	,265	,196	,691	,123	,302
ITEM 32	,447	,111	,198	,398	,239	,103

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 14 iteraciones.

Fuente: Resultados análisis factorial

Al no encontrar coherencia entre la propuesta teórica y los datos, se realizó la rotación libre expresando para este instrumento 5 factores como se muestra en la ilustración 14, con las cargas factoriales más altas. En este caso tampoco se evidencia una distribución de los ítems por factores a los propuestos por autores, entonces se realizó la rotación en 2, 3, 4, y 7 factores para revisar estadísticamente cual sería la mejor opción para el instrumento.

Ilustración 14 Matriz de componentes rotados a 5 factores

	Componente				
	1	2	3	4	5
ITEM 1	,201	,126	,796	,085	,160
ITEM 2	,375	,182	,635	,159	,227
ITEM 3	,541	,238	,548	,176	,028
ITEM 4	,230	,192	,199	,166	,767
ITEM 5	,165	,396	,264	,110	,605
ITEM 6	,221	,398	,646	,102	,258
ITEM 7	,244	,331	,660	,248	,113
ITEM 8	,236	,334	,684	,206	,020

ITEM 9	,361	,550	,257	,042	,180
ITEM 10	,046	,609	,272	,194	,346
ITEM 11	,207	,642	,371	,098	,230
ITEM 12	,280	,593	,084	,131	,281
ITEM 13	,473	,402	,318	,176	,286
ITEM 14	,243	,590	,330	,108	,208
ITEM 15	,358	,306	,425	,240	,176
ITEM 16	,216	,023	,056	,729	,287
ITEM 17	,219	,074	,527	,421	,225
ITEM 18	,660	,130	,280	,051	,235
ITEM 19	,263	,668	,204	,218	,117
ITEM 20	,626	,429	,158	,225	-,047
ITEM 21	,541	,462	,271	,131	,057
ITEM 22	,676	,180	,189	,179	,211
ITEM 23	,357	,655	,135	,158	-,122
ITEM 24	,436	,430	,225	,277	,202
ITEM 25	,519	,360	,079	,291	,218
ITEM 26	,689	,195	,230	,331	,118
ITEM 27	,614	,239	,370	,100	,195
ITEM 28	,627	,318	,460	,199	-,040
ITEM 29	,421	,365	,326	,442	-,018
ITEM 30	,263	,285	,321	,584	,024
ITEM 31	,182	,361	,326	,649	-,014
ITEM 32	,436	,316	,172	,300	,135

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

Fuente: Resultados análisis factorial

Al respecto de las diferentes rotaciones y encontrando factores donde solo se agrupaban 2 o 3 factores, se consideró optar por la rotación de tres factores, debido a que presentaba una mejor distribución de los ítems, pero no se articulaba a la propuesta original de los autores (Ilustración 15).

Ilustración 15 Matriz de componentes rotados a 3 factores

	Componente		
	1	2	3
ITEM 1	,168	,218	,791
ITEM 2	,354	,277	,661
ITEM 3	,559	,205	,544
ITEM 4	,144	,554	,334
ITEM 5	,140	,651	,323
ITEM 6	,239	,488	,628
ITEM 7	,334	,343	,655
ITEM 8	,328	,301	,652
ITEM 9	,399	,552	,214
ITEM 10	,174	,692	,266
ITEM 11	,297	,665	,323
ITEM 12	,364	,628	,074
ITEM 13	,495	,470	,342
ITEM 14	,327	,604	,291
ITEM 15	,420	,338	,448
ITEM 16	,438	,104	,246
ITEM 17	,313	,165	,619
ITEM 18	,554	,214	,322
ITEM 19	,432	,604	,164
ITEM 20	,727	,296	,142
ITEM 21	,596	,397	,242
ITEM 22	,642	,227	,248
ITEM 23	,536	,464	,051
ITEM 24	,534	,437	,253
ITEM 25	,598	,374	,132
ITEM 26	,737	,179	,298
ITEM 27	,563	,287	,391
ITEM 28	,677	,225	,444
ITEM 29	,617	,259	,351
ITEM 30	,517	,210	,387
ITEM 31	,499	,253	,383
ITEM 32	,534	,301	,212

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
a. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

Fuente: Resultados análisis factorial

d. De acuerdo al comportamientos de los ítems por sus cargas factoriales, se decidió adoptar la rotación de tres porque se adecuaba mejor a las características del instrumento. Como se muestra en la tabla 5, la agrupación se dio 17 ítems para el factor 1 (ítems 3, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32), 8 ítems para el factor 2 (ítems 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14 y 19) y 7 ítems para el factor tres (ítems 1, 2, 6, 7, 8, 15 y 17). Por tal razón, se decidió tomar la opción de tres factores, que se identificaba una adecuada distribución de ítems inicialmente. Luego se realizó una revisión de cada uno de los ítems por factores analizando su relación donde mantuvieran un mismo sentido y enfoque, y luego su relación teórica, se construyeron sus definiciones (tabla 6).

Tabla 6 Definición de categorías y distribución de ítems del instrumento PCHE - Clinicountry 3a. versión

DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS A PARTIR DE LA VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL INSTRUMENTO PCHE 3 VERSIÓN		
CATEGORÍA	**DEFINICIÓN**	**ÍTEMS RELACIONADOS**
Cualidades del hacer de enfermería	Se refiere a las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería que brinda cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera(o) - paciente.	1. Le hacen sentirse como una persona 2. Le tratan con amabilidad 6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted 7. Le hacen sentirse tranquilo(a), cuando están con usted 8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan 15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado 17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores
Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente	Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera(o)) a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el sujeto de cuidado (paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la trasmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado.	4. Le miran a los ojos, cuando le hablan 5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes 9. Le facilitan el diálogo 10. Le explican previamente los procedimientos 11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas 12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos 14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud 19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que

		pueda tomar decisiones sobre su situación de salud
Disposición para la atención	Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado	3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización 13. Le dedican el tiempo requerido para su atención 16. Le llaman por su nombre 18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal) 20. Le manifiestan que están pendientes de usted 21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento 22. Responden oportunamente a su llamado 23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual 24. Le escuchan atentamente 25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo 26. Le brindan un cuidado cálido y delicado 27. Le ayudan a manejar el dolor físico 28. Le demuestran que son responsables con su atención 29. Le respetan sus decisiones 30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar 31. Le respetan su intimidad 32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico

Fuente: Resultados del medición del constructo

Al revisar la distribución de los ítems y los factores anteriormente propuestos por los autores, las categorías del estudio de Alvis y compañeras, y los sustentos teóricos de Watson, Boykin – Schoenhofer, y otros autores, se llegó a la siguiente definición de las categorías y su soporte teórico:

- Para el factor 1 denominado “Disposición para la atención”, se presentó la mayor agrupación de los ítems del instrumento donde se expresan las principales

motivaciones de disposición por la atención del otro. Según Watson[83], en los procesos de caritas, el personal de enfermería debe asistir o ayudar en las necesidades básicas de manera reverencial y respetuosa, manteniendo una conciencia de cuidado intencional. Plantea que uno de los privilegios de enfermería y de su rol al interactuar con la humanidad es que las enfermeras tienen acceso a la totalidad del ser humano. Las enfermeras tienen el honor íntimo de ayudar a otros a gratificar sus necesidades humanas más básicas, especialmente cuando se encuentran en estado de vulnerabilidad.

- Para el factor 2 "Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente", los ítems que allí se agrupan expresan una apertura por parte del personal de enfermería a generar una interacción activa con el paciente, y se desarrollan unas habilidades de escucha activa, de diálogo, de proporcionar información, pero sin perder el vínculo entre ambos. Al respecto, teóricas en la profesión, han planteado que las enfermeras deben desarrollas capacidades o habilidades para lograr esa relación con el otro a través de la comunicación. Wiedenbach, destaca estas habilidades de comunicación y las define como: "Las habilidades reflejan la capacidad de expresión de los pensamientos y los sentimientos de la enfermera, dirigidos a proporcionar cuidados al paciente y a las personas con él relacionadas. Para transmitir un mensaje u obtener una respuesta determinada, puede utilizar la comunicación verbal y no verbal, unidas o por separado"[84]. Desde cualquier perspectiva que se aborde, resulta de indudable importancia la comunicación, la cual, es el medio a través del cual la persona establece relaciones; para los enfermeros, esta importancia cobra mayor interés como elemento básico de la relación terapéutica. Para Cherry[85] (King, 1984) la comunicación "es un proceso dinámico, fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivos, ya sean individuos u organizaciones".

---

[83] GÓMEZ RAMÍREZ, Olga Janneth. GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma. Óp. Cit. Página 158.
[84] MARRINER, Ann. RAILE, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª Edición. Editorial Elsevier Science / Mosby. Madrid, 2003. Pág. 87
[85] CARBELO, Begoña. ROMERO, Marta. CASAS, Francisca. RUÍZ, Teresa. RODRÍGUEZ, Sonsoles. Teoría Enfermera: El Cuidado desde una Perspectiva Psicosocial. En: Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades, Universidad de Alicante. Año I - No. 2. Madrid, 1997. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5303/1/CC_02_09.pdf>

- En cuanto al factor 3, denominado “Cualidades del hacer de enfermería”, los ítems que se agruparon a este factor, tiene una característica y es que se enfocan al ser; busca destacar esas cualidades del personal de enfermería que permiten que el paciente viva el cuidado y crezca en él, como plantea Boykin y Schoenhofer[86]. Según Rivera, Triana y Espitia[87], en su artículo ¿Por qué hablamos de cuidado humanizado en enfermería?, el cuidado humanizado comienza cuando el profesional entra en el campo fenomenológico del paciente y es capaz de detectar, sentir e interactuar con él, es decir, es capaz de establecer una relación de empatía centrada en la atención del cliente y en un ambiente para percibir la expresión del otro y como él la vive.

e. Al respecto de estos factores, se identificó que entre mayor es el número de los factores, las cargas factoriales disminuyen y aparecen factores con un solo ítem. Además, que en ninguno de los factores forzados se agruparon de acuerdo a la propuesta de distribución que hizo los autores.

f. Por otra parte, al realizar el cálculo de la matriz de correlaciones de los ítems del instrumento (Ilustración 16), se encontró que para el caso del ítem 28 (*Le demuestran que son responsables con su atención*), presentaba una alta correlación con otros ítems 3, 26 y 27, se hizo una inferencia a partir de los resultados estadísticos que posiblemente se debe a que el ítem se expresa de una manera muy genérico, lo que puede implicar que estos ítems se asocien con su descripción y probablemente requiera retirarse del instrumento y/o realizar nuevamente un ajuste semántico de los ítems para que todos se expresen de manera concreta y no dé la posibilidad para que los participantes los consideren como iguales.

[86] RAILE ALLIGOOD, Martha. MARRINER TOMEY, Ann. Óp. Cit. Pág. 407
[87] RIVERA, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. ESPITIA, Sonia. Óp. Cit.

Ilustración 16 Matriz de correlaciones PCHE 3a versión

CORRELACIONES

	ITEM1	2	3	4	5	6	7	8	9	ITEM10	ITEM11	ITEM12	ITEM13	ITEM14	ITEM15	ITEM16	ITEM17	ITEM18	ITEM19	ITEM20	ITEM21	ITEM22	ITEM23	ITEM24	ITEM25	ITEM26	ITEM27	ITEM28	ITEM29	ITEM30	ITEM31
ITEM1																															
ITEM2	,496																														
ITEM3	,456	,629																													
ITEM4	,294	,324	,254																												
ITEM5	,317	,343	,324	,441																											
ITEM6	,535	,553	,474	,366	,479																										
ITEM7	,460	,493	,553	,295	,330	,573																									
ITEM8	,451	,512	,519	,300	,269	,551	,611																								
ITEM9	,271	,400	,405	,281	,311	,398	,390	,361																							
ITEM10	,304	,368	,358	,323	,429	,428	,384	,354	,428																						
ITEM11	,372	,443	,453	,268	,424	,446	,443	,447	,484	,639																					
ITEM12	,190	,360	,340	,295	,345	,410	,279	,330	,363	,363	,438																				
ITEM13	,371	,464	,457	,350	,402	,487	,469	,349	,400	,441	,510	,426																			
ITEM14	,429	,403	,435	,365	,403	,498	,454	,456	,362	,440	,454	,450	,508																		
ITEM15	,355	,420	,388	,257	,307	,433	,370	,440	,320	,340	,413	,321	,400	,427																	
ITEM16	,187	,245	,245	,280	,226	,203	,256	,192	,203	,223	,206	,208	,313	,293	,278																
ITEM17	,504	,455	,372	,329	,361	,466	,408	,429	,249	,374	,358	,225	,447	,402	,464	,412															
ITEM18	,331	,351	,426	,297	,250	,394	,360	,287	,293	,293	,325	,258	,383	,354	,311	,214	,346														
ITEM19	,299	,286	,365	,294	,433	,445	,433	,374	,381	,428	,506	,393	,455	,511	,390	,236	,337	,333													
ITEM20	,259	,385	,555	,231	,301	,452	,395	,395	,381	,338	,348	,359	,470	,486	,396	,347	,333	,447	,517												
ITEM21	,400	,428	,505	,228	,390	,482	,419	,439	,397	,407	,517	,425	,492	,517	,484	,331	,448	,431	,460	,561											
ITEM22	,268	,357	,413	,276	,286	,306	,356	,370	,289	,241	,298	,254	,411	,376	,337	,247	,344	,421	,305	,429	,431										
ITEM23	,227	,357	,355	,154	,210	,395	,330	,337	,402	,309	,384	,307	,453	,463	,311	,204	,372	,281	,430	,512	,467	,305									
ITEM24	,257	,466	,458	,338	,365	,447	,399	,374	,389	,387	,420	,320	,460	,414	,423	,273	,384	,361	,485	,480	,474	,421	,446								
ITEM25	,254	,295	,362	,272	,223	,335	,277	,271	,290	,301	,338	,364	,465	,414	,370	,256	,330	,311	,322	,445	,471	,399	,427	,454							
ITEM26	,276	,463	,553	,316	,288	,464	,402	,455	,375	,344	,368	,299	,428	,365	,454	,331	,404	,445	,380	,533	,547	,498	,372	,502	,553						
ITEM27	,394	,469	,501	,316	,360	,418	,419	,434	,417	,396	,403	,324	,465	,379	,389	,228	,404	,406	,394	,437	,491	,388	,326	,452	,298	,570					
ITEM28	,462	,523	,606	,245	,354	,549	,489	,520	,465	,356	,440	,305	,554	,450	,512	,262	,494	,422	,453	,565	,575	,508	,426	,585	,443	,601	,646				
ITEM29	,336	,419	,519	,288	,323	,388	,437	,441	,379	,449	,438	,316	,494	,409	,465	,324	,473	,413	,467	,463	,546	,401	,422	,499	,409	,476	,454	,644			
ITEM30	,353	,463	,459	,263	,283	,403	,379	,392	,350	,335	,370	,319	,381	,392	,416	,396	,498	,353	,395	,415	,431	,395	,378	,511	,365	,473	,427	,555	,575		
ITEM31	,341	,387	,449	,276	,331	,431	,518	,455	,341	,446	,432	,311	,426	,395	,431	,461	,453	,332	,451	,479	,464	,362	,388	,480	,343	,473	,409	,555	,606	,565	
ITEM32	,238	,369	,358	,244	,295	,343	,354	,306	,295	,278	,346	,300	,369	,302	,323	,304	,287	,357	,286	,317	,414	,391	,315	,371	,285	,451	,406	,441	,423	,362	,434

Fuente: Resultados del análisis factorial

4.3.3 Confiabilidad

Finalmente en la fase II, se determinó la confiabilidad del instrumento mediante la consistencia interna, una de las características de este tipo de medición, donde se calculó el Alfa de Cronbach, que arrojó una calificación de 0,96 (Figura 17 y 18), que corresponde a que la correlación de los ítems dentro del instrumento, miden las mismas características, en este caso asociadas al fenómeno de la humanización, y plantea que el instrumento es confiable para su aplicación. Según George y Mallery (citados por Carvajal y otros) un nivel de fiabilidad con un valor superior a 0,9 se clasifica como excelente.

Ilustración 17 Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	320	100,0
	Excluidos[a]	0	,0
	Total	320	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Ilustración 18 Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,961	32

Fuente: Resultados del Alfa de Cronbach

Capítulo 5. Discusión

"Cuando nos dedicamos a compartir en la vida, todos ganamos, compartir no se refiere sólo a lo material, sino también a lo espiritual, el perdón, el servicio desinteresado, el amor, el diálogo, el cariño, la generosidad, son los tiquetes para viajar al país de la amistad, del amor y la felicidad"
Jaime Trujillo Osorio

En la cotidianidad, el profesional de enfermería se ve enfrentado a distintos fenómenos del quehacer, que se centran en las realidades de los pacientes a quienes se les brinda cuidado, donde por diversas condiciones, no se tiene la posibilidad de un momento de retroalimentación entre paciente – enfermera(o), que permita el crecimiento de esta diada y el fortalecimiento del cuidado que se brinda. Además, se hace necesaria la evaluación de las condiciones en que se brinda el cuidado, los comportamientos, las percepciones de quienes se ven involucrados en él, pero también es necesario de disponer en los escenarios de enfermería con herramientas válidas y confiables que logren objetivizar las realidades que se experimentan diariamente y que requieren ser medidas para una mayor comprensión.

Al respecto, Frías y Soler, mencionan "que cualquier instrumento de medida refleja el constructo teórico que se desea medir y también el error de medida. Por ello es necesario que los instrumentos sean sometidos a procesos de validación a través de los estudios psicométricos de validez del constructo y fiabilidad de la medida"[88].

---

[88] FRÍAS – NAVARRO, Dolores. SOLER, Marcos Pascual. Prácticas del análisis factorial exploratorio (AFE) en la investigación sobre conducta del consumidor y marketing. Universidad de Valencia, España. Suma Psicológica, Vol. 19 No. 1. Junio 2012. ISSN 0121-4381. Disponible en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/1141/707>

Durante el desarrollo de este estudio se ha venido expresando la importancia del abordaje del fenómeno de la humanización, y como la evaluación de este se ha materializado a través de un instrumento con una trayectoria de aproximadamente 10 años, que ha permitido a varios enfermeros(as), descubrir el mundo de la psicometría y someter una herramienta de cuidado a mediciones que demuestren qué tan válido y confiable es el instrumento para su uso.

En la *fase I* del estudio, momento preliminar para el desarrollo de la propuesta de la 3ª versión, se obtuvo un ajuste semántico de los 32 ítems a partir de la participación de 176 personas del común. Según, la opinión de las personas y la revisión de sus apreciaciones, se realizó el ajuste a 12 ítems, de manera que fueran más claros a los sujetos de aplicación. Estos cambios se dan desde el enfoque de la validez aparente o facial, que busca medir el grado en el que los ítems parecen medir los que se proponen[89]. En experiencias de otros estudios, se ha identificado que este momento en el uso de los instrumentos es fundamental, para hacer más comprensible la herramienta de medición. Al respecto, Camargo[90], al aplicar el instrumento de Inventarios de Comportamientos de Cuidado de Wolf, realizó una prueba de validez facial en el contexto panameño, posterior a la cual se sugirieron ajusten en 11 de los ítems del instrumento original, relacionados con la redacción de cada uno de ellos.

Luego en la *fase II*, a partir de la propuesta de una 3ª versión, se sometió ésta a validez facial y de contenido por expertos. Para ellos se contó con la participación de 8 enfermeras con criterios antes descritos, que al momento de presentarles la propuesta la evaluaron teniendo en cuenta criterios de claridad, precisión, comprensión, relevancia y pertinencia. Al evaluar estos criterios se identifican un índice de aceptabilidad para la validez facial de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98. A pesar de los índices altos, los expertos hicieron sugerencias de ajuste de palabras y propuestas para la complementariedad de los ítems. Al revisar la literatura y los antecedentes del

[89] CARVAJAL, A. et al. Óp. Cit.
[90] CAMARGO, Itza Leiliana. CARO, Clara Virginia. Artículo de investigación: Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencia para la cualificación profesional. Provincia de Coclé, Panamá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Doctorado de Enfermería. Av. Enferm. XXVII (1) 48 – 59, 2009. Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_6.pdf>

instrumento PCHE, se evidencia que para el estudio de Reina y Vargas[91], se obtuvo un índice de aceptabilidad de 0,78 y un índice de validez de contenido de 0,83 por expertos. Y para la medición de estos índices en la construcción de la 2ª versión[&] se obtuvo un índice de aceptabilidad de 0,81 y un índice de validez de contenido de 0,89. De acuerdo a estos datos, el instrumento para su 3ª versión, ofrece unas características de validez mejores que las versiones anteriores. De acuerdo a la literatura, por ejemplo un índice de validez de contenido, se considera como aceptable[92] sí obtiene una puntuación igual o superior de 0,58. Los ítem que logran esta puntuación se pueden integran al instrumento, pero por debajo de estos puntajes deben ser revisados, corregidos y sometidos nuevamente al panel de expertos.

Continuando con la fases del estudio, en la fase III, luego de aplicar el instrumento PCHE en su 3ª versión a los pacientes hospitalizados en la IPS Centro Policlínico del Olaya S.A., se determinaron dos medidas el constructo por análisis factorial y la confidencialidad por el Alfa de Cronbach. En primer lugar, para determinar el constructo de un instrumento desde las medidas estadísticas, se encuentra el análisis factorial, pero para aplicar ésta, se deben cumplir con unas pruebas para proseguir con la medición, estás son la prueba de adecuación muestral KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett. Para este estudio estas medidas fueron de un KMO de 0,955 y la prueba de Bartlett de 0,000. Siendo que el KMO[93] indica el grado de intercorrelación de la variables y si es mayor de 0,7 se considera factible y se considera adecuada la prueba de Bartlett con un nivel de significado menor de 0,05. Siendo las pruebas favorables para el instrumento, el análisis factorial, sugirió una mejor agrupación de los ítems por sus cargas factorial, por rotación varimax forzada a tres factores. Al comparar con la trayectoria del instrumento, este nunca había sido sometido a esta medición, pero se hizo una definición teórica del constructo, pero al comparar las categorías éstas no se relacionan entre la versión y esta. La agrupación final se definió en tres categorías denominadas: actitudes del hacer

---

[91] REINA, Nadia. VARGA, Elizabeth. Óp. Cit.

[&] Estos datos fueron suministrados por los autores del instrumento PCHE 2ª versión.

[92] TRISTÁN – LÓPEZ, Agustín. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada, México. Avances en Medición, 6, 37 – 48, 2008. Disponible en: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/8413/8574/6036/Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf

[93] CARVAJAL y otros. Óp. Cit.

de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente, y disposición para la atención, que se sustentan desde los soportes teóricos como en el marco de resultados se expuso. En cuanto a la confiabilidad, se calculó el Alfa de Cronbach para medición de consistencia interna determinando una calificación de 0,96, que corresponde a que la correlación de los ítems dentro del instrumento, miden las mismas características, en este caso asociadas al fenómeno de la humanización, y plantea que el instrumento es confiable para su aplicación. Según George y Mallery[94], un nivel de fiabilidad con un valor superior a 0,9 se clasifica como excelente.

Finalmente, uno de los productos de este estudio es la misma aplicación del instrumento que determinó unos resultados descriptivos, donde se identificó que para el 84,7% de los pacientes hospitalizados participantes en el estudio, consideran que en la IPS Centro Policlínico del Olaya, siempre se perciben comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Para esta organización, es un resultado importante que debe continuar trabajando para fortalecer prácticas y actitudes en el personal que afectan una real atención humanizada por parte de enfermería. Al comparar estos resultados con mediciones anteriores del instrumento, se identifica que para el caso de un estudio realizado por Rivera y Triana[95], en una muestra de 274 personas, se obtuvo que un 86,8% de los pacientes hospitalizados, siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado en las(os) enfermeras(os) de la IPS donde se aplicó. Estos datos similares a los obtenidos en el Olaya, y son similares a pesar que son poblaciones de realidades diferentes, que es a donde el instrumento deberá llegar, a no cerrar su campo de acción, ni población, sino abierto a las necesidades del cuidado y de enfermería.

[94] CARVAJAL y otros. Óp. Cit
[95] RIVERA ÁLVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. Óp. Cit.

Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones

"Lo mejor que podemos hacer por otro no es sólo compartir con él nuestras riquezas, sino mostrarle las suyas"
Benjamín Disraeli

De acuerdo al presente estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Se determina que el instrumento "Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión" adaptado por Oscar J. González H., es válido y confiable para su aplicación ámbitos hospitalarios, disponible para la comunidad científica a nivel nacional e internacional.
2. Se determinó que el instrumento "Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión", cuenta con una validez facial y de contenido, por contar con un índice de aceptabilidad del 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por expertos.
3. Para el instrumento "Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión", se determinó el constructo a través de la medición de un análisis factorial exploratorio que generó tres categorías denominadas: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y disposición para la atención, las cuales miden el constructo del instrumento comportamientos de cuidado humanizado.
4. Se determinó que el instrumento "Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión", para su nueva versión es confiable, ya que obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,96.
5. Este estudio centrado en la humanización del cuidado y en la forma de medir los comportamientos que lo caracterizan, a través de un instrumento al cual se le hizo pruebas de validez y confiabilidad, permite una respuesta útil de la enfermería, a

un momento coyuntural para un sistema de salud que busca respuestas a uno de sus problemas centrales, según lo manifiestan los usuarios, los profesionales y los veedores de dicho sistema.

6. De acuerdo al estudio realizado, se considera que este instrumento ofrece a la sociedad una alternativa para conocer en las organizaciones la percepción de los pacientes frente al actuar del personal de enfermería asociado al fenómeno de la humanización. Además, genera una significancia a la profesión porque posibilita el uso de una herramienta objetiva, valida y confiable, que le permita a enfermería abordar el fenómeno e identificar elementos para el mejoramiento continuo del cuidado que se ofrece diariamente.
7. El instrumento “Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”, tiene una significancia disciplinar, porque fomenta y propicia escenarios para la investigación metodológica, abriendo la posibilidad a jóvenes investigadores a abordar fenómenos subjetivos y llevaron a métodos rigurosos que permitan objetivizar las realidades de los pacientes que acuden a las instituciones de salud.
8. La percepción de los comportamientos de cuidado por parte de los pacientes hospitalizados en la IPS Centro Policlínico del Olaya, mostró en general que siempre se percibe una relación de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería. Además, dentro del análisis de las categorías propuestas por los autores, se destaca la categoría priorizar al ser cuidado. Y al momento de los acercamientos a los pacientes, manifestaban en general que la atención por parte del personal de enfermería es muy buena en los servicios de hospitalización.
9. La posibilidad de generar instrumentos locales, propicia el trabajo gremial en favor del desarrollo profesional y disciplinar, para el abordaje de fenómenos de interés.

A continuación se proponen unas recomendaciones derivadas del estudio:

1. Durante el proceso de recolección de la muestra, algunos participantes requirieron el apoyo para el diligenciamiento del instrumento por su situación de salud o porque apoyaban la aplicación del instrumento con el apoyo de alguna persona para seleccionar los ítems en la medida que se leían. Frente a esto, es importante que los investigadores interesados en el instrumento, tengan en cuenta estas realidades con los pacientes. Otro aspecto que es relevante tener en cuenta en

próximas aplicaciones del instrumento, es la adaptación a otros ámbitos no hospitalarios para el que fue inicialmente construido el instrumento, esto permitirá una mejor apropiación del fenómeno de la humanización en los diferentes escenarios de la atención en salud.

2. En cuanto a los ejercicios académicos que se generan a partir de este tipo de estudios, se sugiere a la práctica docente continuar en la exploración de este tipo de estudios y habilitarlos para que nuevos estudiantes desarrollen investigaciones metodológicas y ofrezcan a la comunidad en general instrumentos válidos y confiables a través de estudios de maestría y doctorado.
3. Es importante que en los escenarios de la práctica, los colegas de enfermería hagan uso de este tipo de instrumentos que permiten ofrecer un espacio para la reflexión sobre el actuar de enfermería en el día a día, y a los pacientes se les genera un momento de retroalimentación frente a la atención de enfermería y que contribuye al crecimiento mutuo. Además, este tipo de estudios, permiten conocer dónde se están vulnerando los derechos de los pacientes y orienta frente a las acciones a tomar en el mejoramiento de la calidad de la atención por parte de los actores y responsables de las áreas administrativas de las organizaciones.
4. Al reflexionar sobre el fenómeno de la humanización de la atención en general, se identifica la importancia que los entes de vigilancia y control retomen la realidad de la humanización en las instituciones de salud y definan líneas de acción que lleven a la construcción de una Política Nacional de Atención Humanizada en el país, en dos direcciones hacia el paciente y hacia el trabajador de la salud, para que en esa armonía se generen verdaderos ambientes sensibles a la realidad del otro.
5. Se sugiere a la comunidad en general que aplique este instrumento, como su desarrollo es en ambientes hospitalarios, tengan en cuenta la posibilidad de apoyar el diligenciamiento del instrumento de manera que genere un espacio agradable para el participante y logre la objetividad durante su aplicación.

Anexo A: Categorías y códigos nominales del estudio "Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización"[96]

CATEGORÍA	CÓDIGOS NOMINALES		
Sentimientos del Paciente	Sentirse apreciado Sentirse atendido y cuidado Sentir compañía Sentirse informado Sentirse apoyado	Sentir familiaridad Sentir cercanía Sentir calor humano Sentir cariño Sentirse acogido	Sentirse orientado Sentir afecto Sentir compañía permanente Crecer como ser humano
Características de la Enfermera	Ser cálida Ser cordial Ser oportuna Ser divertida Ser eficaz Ser amable	Ser atenta Tener don de gente Ser querida Ser persona Ser diligente Ser eficiente	Ser especial Ser humano de la enfermera Ser agradable Ser flexible Ser simpática Ser clara
Dar Apoyo Emocional	Dar aliento Dar buen trato Acompañar a procedimientos Dar trato cordial Dar atención óptima	Dar confianza Alegrar Entretener Dar trato amistoso Dar tranquilidad	Tratar con familiaridad Dar calor humano Dar comodidad Hacer sentir bien
Dar Apoyo Físico	Tomar de la mano Mirar al paciente	Mantener contacto físico Cubrir necesidades	Atención oportuna del dolor
Cualidades del Hacer de la Enfermera	Portarse bien Propiciar el diálogo Portarse atenta Dar explicación con amabilidad Hacer con agrado	Disculparse por la demora Cumplir indicaciones Cumplir deber profesional Conocer su trabajo Tener conocimiento Liderar equipo de trabajo	Apoyar a las compañeras Trabajar en equipo Trabajar con sencillez y humildad Cumplir con la palabra dada Reconocer debilidades
Proactividad	Dar explicación	Dar información	Dar información a la

[96] MORENO, Mónica. ALVIS, Tania. MUÑOZ, Sandra. Óp. Cit. Pág. 214 – 215

	anticipada Abogar por el paciente Explicar procedimientos	precisa Hacer concienciar Dar información Dar información sobre la evolución	familia Ir más allá de la atención Responder preguntas Dar atención oportuna
Empatía	Acercarse Relación cálida Ponerse en el lugar del otro Escuchar	Comprender Establecer relación agradable Comprender sentimientos Comunicarse con ternura	Aceptar bromas Crecer mutuamente Relación cercana
Priorizar al Ser Cuidado	Priorizar a la persona Precaución por la persona Llamar por el nombre	Tener en cuenta como persona Respeto por la intimidad	Respetar decisión Tener en cuenta al paciente
Disponibilidad para la Atención	Preguntar cómo está Preguntar cómo se siente Estar pendiente Estar pendiente de las necesidades Estar pendiente de cómo se siente Estar pendiente del dolor	Acudir con rapidez Preguntar cómo está de ánimo Actuar con rapidez Estar pendiente del cuidado Prontitud de respuesta en la atención	Acudir al llamado Estar atento a cubrir necesidades Vigilar el tratamiento ordenado Tener tiempo para escuchar Disponibilidad para escuchar

Fuente: Libro “El Arte y la Ciencia del Cuidado”

Anexo B: Aprobación del uso del instrumento por parte de los autores

ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL
Instrumento: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry.

Con el presente acuerdo las(os) receptoras(es) del INSTRUMENTO: **Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry.**

Reciben autorización para su uso en la Investigación **CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO "PERCEPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA PCHE- Clinicountry" DE RIVERA, TRIANA Y ESPITIA,** por parte de los autores del mismo de acuerdo con los parámetros abajo pactados:

1. El Instrumento: "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry",** se realiza bajo el auspicio del Departamento de Enfermería de la Clínica del Country, Bogotá-Colombia y de autoría de los enfermeros Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana.

2. Las(os) receptoras(es) del instrumento, Enfermeras(os): **OSCAR JAVIER GONZÁLEZ HERNÁNDEZ (investigador) y BEATRIZ SÁNCHEZ (Directora de Tesis)**, se comprometen a citar el origen del Instrumento "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE-Clinicountry"** en cualquier informe, publicación o evento en el que se utilice.

3. El instrumento**: "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry",** es cedido con el propósito académico e investigativo, y excluye cualquier utilización comercial.

4. Cualquier modificación en el instrumento**: "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE-Clinicountry** debe ser autorizado por los autores del instrumento.

5. Los resultados del uso del instrumento**: "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry,** serán entregados de forma escrita y detallada, al finalizar la investigación **CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO "PERCEPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA PCHE- Clinicountry" DE RIVERA, TRIANA Y ESPITIA**, a los autores del instrumento.

6. La firma de este documento compromete ética y legalmente a las partes.

Dado en Bogotá, el 30 de Septiembre de 2012

Firman en conformidad:

En calidad de autores:

LUZ NELLY RIVERA ALVAREZ
Profesora asociada Facultad de enfermería Facultad de enfermería
Universidad Nacional de Colombia

ALVARO TRIANA
Enfermero jefe Clínica del Country
Bogotá-Colombia

En calidad de investigadores:

OSCAR JAVIER GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
Enfermero
CC. 1110447614 de Ibagué
Estudiante Maestría en Enfermería
Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Enfermería

Anexo C: Instrumento PCHE 2ª versión

PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) SEGUNDA VERSIÓN

Apreciado Señor(a): A continuación le presentamos un Cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería (incluye profesionales y auxiliares de enfermería). En cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponda, a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.

ITEM	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Le hacen sentir como ser humano.				
2. Son amables en el trato.				
3. Muestran interés por brindarle comodidad física.				
4. Cuando le hablan no lo miran a los ojos.				
5. Toman tiempo para aclararle las inquietudes.				
6. Cuando se dirigen a usted se siente cuidado(a).				
7. La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo(a).				
8. El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza.				
9. Facilitan el diálogo.				
10. Olvidan explicarle anticipadamente los procedimientos.				
11. Responden a sus preguntas con seguridad.				
12. El personal de enfermería no informa su nombre antes de realizarle los cuidados.				
13. Le dedican el tiempo necesario.				
14. Dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna.				
15. El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados.				
16. No le llaman por el nombre.				
17. Se muestran respetuosas (os) con sus creencias y valores.				
18. Atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación, alimentación), oportunamente.				

19. Le proporcionan información oportuna y suficiente para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.				
20. El personal de enfermería está pendiente de usted.				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.				
22. Responden con lentitud al llamado.				
23. Identifican sus necesidades de tipo: físico, psicológico y espiritual.				
24. Le escuchan atentamente.				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.				
26. Su cuidado es cálido y delicado.				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico.				
28. Su cuidado es responsable.				
29. Respetan sus decisiones.				
30. Le animan para que las(os) llame en caso de que necesite algo.				
31. Irrespetan su intimidad				
32. Le administran el tratamiento prescrito a tiempo.				

En este espacio señale aquellos comportamientos de la enfermera(o) que a su modo de ver son importantes para su cuidado y, que no se mostraron en la encuesta .——————————

——————————————————————————————————

——————————————————————————————————

——————————————————————————————————

——————————————————————————————————

——————————————————— GRACIAS ——————————

——————————————————————————————————

Instrumento elaborado y validado por Sonia Espitia, Alvaro Triana y Luz Nelly Rivera. Departamento de Enfermería, Clínica del Country. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia, 2010.

Anexo D: Instrumento PCHE – Clinicountry 3ª versión

INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) Clinicountry – 3ª versión

Apreciado(a) señor(a): A continuación le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado de los integrantes de enfermería (enfermeras(os) y auxiliares de enfermería). En frente a cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponde, a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.

ÍTEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Le hacen sentir como una persona				
2. Le tratan con amabilidad				
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
4. Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes				
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted				
7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted				
8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan				
9. Le facilitan el diálogo				
10. Le explican previamente los procedimientos				
11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas				
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13. Le dedican el tiempo requerido para su atención				
14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud				

15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
16. Le llaman por su nombre				
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores				
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20. Le manifiestan que están pendientes de usted				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22. Responden oportunamente a su llamado				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24. Le escuchan atentamente				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico				
28. Le demuestran que son responsables con su atención				
29. Le respetan sus decisiones				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31. Le respetan su intimidad				
32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico				

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

Instrumento adaptado por Oscar Javier González Hernández, 2013.

Anexo E: Interpretación del Instrumento PCHE 3ª versión

Para la interpretación de los resultados del instrumento PCHE 3ª versión, tenga en cuenta las categorías planteadas para esta versión: Cualidades del hacer de enfermería, Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y Disposición para la atención.

Al analizar las respuestas del instrumento en total, el rango real del instrumento es de 32 a 128. Al clasificar las respuestas se dispone de cuatro rangos[∅] de medida de acuerdo a las calificaciones dadas por los participantes en cuanto a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio:

MEDIDA DE PERCEPCIÓN	RANGO
Siempre	128 – 121
Casi Siempre	120 – 112
Algunas Veces	111 – 96
Nunca	95 – 32

Al analizar el instrumento por categorías tenga en cuenta:

- Categoría Cualidades del hacer de enfermería. Esta categoría incluye los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 15 y 17. El rango real es de 7 – 28. Se clasifican de acuerdo a la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto las cualidades del quehacer del personal de enfermería, teniendo en cuenta los rangos que se definen:

MEDIDA DE PERCEPCIÓN	RANGO
Siempre	28 – 27
Casi Siempre	26 – 25
Algunas Veces	24 – 20
Nunca	19 – 7

[∅] El establecimiento de los rangos se realizó a partir de la categorización por la Regla de Dalenius.

- Categoría Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente. Esta categoría incluye los ítems 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14 y 19. El rango real es de 8 – 32. Se clasifican de acuerdo a la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto a la comunicación entre el paciente y el personal de enfermería, teniendo en cuenta los rangos que se definen:

MEDIDA DE PERCEPCIÓN	RANGO
Siempre	32 – 30
Casi Siempre	29 – 27
Algunas Veces	26 – 21
Nunca	20 – 8

- Categoría Disposición para la atención. Esta categoría incluye los ítems 3, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32. El rango real es de 17 – 32. Se clasifican de acuerdo a la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto a la disposición del personal de enfermería para la atención, teniendo en cuenta los rangos que se definen:

MEDIDA DE PERCEPCIÓN	RANGO
Siempre	68 – 65
Casi Siempre	64 – 59
Algunas Veces	58 – 50
Nunca	49 – 17

Anexo F: Consentimiento Informado

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Validez y Confiabilidad del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE – Clinicountry 3ª versión” de Rivera, Triana y Espitia

DESCRIPCIÓN:

Usted ha sido invitado a participar en una investigación de medición de validez y confiabilidad de un instrumento que evalúa la percepción de los pacientes frente al cuidado que le ofrece el personal de enfermería. Esta investigación es realizada por Oscar Javier González Hernández, Enfermero y candidato a la Maestría de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

El propósito de esta investigación es, **Determinar la Validez y Confiabilidad del instrumento** “Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión” de Rivera, Triana y Espitia”

Sí acepta a participar en esta investigación, se le solicitará diligenciar una encuesta que contiene 32 ítems que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería que lo está atendiendo; usted los calificará si considera que estos se evidencian “siempre”, “casi siempre”, “algunas veces” o “nunca”.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos ofrecidos para este trabajo únicamente serán utilizados con fines docentes y de investigación. Todos los datos serán confidenciales, y en todo momento se mantendrá el anonimato, garantizándole su derecho a la intimidad y a la propia imagen.

Solamente, Oscar Javier González Hernández y Beatriz Sánchez Herrera (Directora de la Tesis), tendrán acceso a las encuestas que puedan identificar directa o indirectamente a un participante.

DERECHOS:

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad.

El tiempo de duración de participación en la investigación contará con el requerido para el diligenciamiento del instrumento, que se encuentra aproximadamente de 30 minutos.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Oscar Javier González Hernández al 7 500 465 o al correo osjgonzalez@unal.edu.co

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

_____ _____

Nombre del participante Firma

Fecha _____

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con quien arriba firma.

_____ _____

Nombre del investigador Firma

Fecha _____

Anexo G: Autorización de Centro Policlínico del Olaya para su participación en el estudio

Centro Policlínico del Olaya
Clínica Quirúrgica

Orden Civil al Mérito José Acevedo y Gómez Cruz de Oro - 2009

PREMIO CALIDAD EN SALUD COLOMBIA - 2007

ACREDITACION EN SALUD

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001

Bogotá, Septiembre 17 de 2013

Señores
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Facultad de Enfermeria, Programa de Maestria en Enfermeria
Atn, Oscar Javier Gonzalez
Ciudad

Respetados Señores

Reciban un cordial saludo, la presente tiene como fin confirmar la participación de la Institución Centro Policlinico del Olaya en el estudio "PERCEPCION DE LOS COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERIA PCHE".

Sin otro particular; nos suscribimos

Atentamente;

Dr. CARLOS JAIME HURTADO HURTADO
Asesor Científico
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA

Carrera 21 Nº 22-68 sur - Barrio Olaya - PBX: 361 2888 - Bogotá D.C. - NIT.: 800.149.453-6

Bibliografía

ALARCON M, Ana M y MUÑOZ N, Sergio. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Rev. méd. Chile* [online]. 2008, vol.136, n.1 [citado 2013-01-27], pp. 125-130. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100016&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-9887

ARCOS IMBACHI, Diana Marcela. Tesis: "Validez y confiabilidad del instrumento calidad de vida, versión familiar en español". Universidad Nacional de Colombia. Facultado de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería. Bogotá, 2010. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3924/1/539454.2010.pdf.pdf>

ARIAS DE OSPINA, María Rubiela. La Ética y Humanización del Cuidado de Enfermería. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Bogotá, Octubre de 2007. Disponible en: <http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65>

Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN. Plan de Desarrollo 2009 – 2018. Marzo, 2010. Segunda Versión. Bogotá, DC. http://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2012/03/PLAN-DE-DESARROLLO-ACOFAEN-2009-2018.pdf

BARÓN DÍAZ, Yeyvi Yamile. Tesis: Confiabilidad y Validez de Constructo del Instrumento "Habilidad de Cuidado de Cuidadores Familiares de Personas que viven una Situación de Enfermedad Crónica". Programa de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia 2010. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4122/1/539513.2011.pdf>

BARRERA, L., GALVIS, CR., MORENO, ME., PINTO, N., PINZÓN, ML., ROMERO, E., SÁNCHEZ, B. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con

enfermedad crónica. Invest. Educ. enferm 2006; 24(1): 36-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a04>

BAUTISTA R, Luz Marina. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichán [online]. 2008, vol.8, n.1 [Citado 2014-09-06], pp. 74-84. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1657-5997.

BERMEJO, J.C.; LOZANO, B.; VILLACIEROS, M. y CARABIAS, R. Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento: Escala Humanizar. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2013, vol.36, n.1 [citado 2014-06-20], pp. 35-45. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

BOYKIN ANN Y SHOENHOFFER SAVINA. Nursing as Caring: A model for transforming practice - NLN 2001.

BREINBAUER K, Hayo et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [online]. 2009, vol.137, n.5 [citado 2014-06-20], pp. 657-665. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009.

BURGOS M., Mónica del Carmen y PARAVIC K., Tatiana María. Percepción de Violencia de los Pacientes Hospitalizados en los Servicios de Medicina y Cirugía de un Hospital Público. *Cienc. enferm.* 2003, vol.9, n.2 [citado 2013-02-17], pp. 29-42. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-95532003000200004.

CAMPO – ARIAS, Adalberto. OVIEDO, Heidi C. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. Instituto de investigación del comportamiento humano. Bogotá, Colombia. Revista de Salud Pública. Volumen 10, Diciembre 2008. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf>

CARBELO, Begoña. ROMERO, Marta. CASAS, Francisca. RUÍZ, Teresa. RODRÍGUEZ, Sonsoles. Teoría Enfermera: El Cuidado desde una Perspectiva Psicosocial. En: Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades, Universidad de Alicante. Año I - No. 2. Madrid, 1997. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5303/1/CC_02_09.pdf>

CARVAJAL, Ana; CENTENO, C; WATSON, R; MARTÍNEZ, M; SANZ RUBIALES, A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? Articulo de Revisión. An. Sist. Saint. Navar. 2011, Vol. 34, No. 1, Enero – Abril. Disponible en: <scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision1.pdf>

CEBALLOS VÁSQUEZ, Paula Andrea. Desde los ámbitos de Enfermería, Analizando el Cuidado Humanizado. En: Ciencia y Enfermería XVI ISSN 0717 – 2079. Chile, 2010. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf>

COLLADO, Ruth. Cuidado Espiritual, Labor del Profesional de Enfermería. Universidad Interamericana de Puerto Rico / Recinto de Ponce. Revista 360 / No. 5 / 2010 Disponible en: http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf

FERNANDEZ-SOLA, Cayetano et al. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermeira. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012, vol.46, n.6 [cited 2014-06-20], pp. 1415-1422 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600019&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0080-6234. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600019.

FLOREZ A., José Antonio. TORRES A., Camilo Andrés. GUZMAN, Beatriz. PINEDA G., Francy Yanira. Artículo: “Comportamiento y análisis de las motivaciones que llevaron a los usuarios del sistema de salud colombiano a presentar reclamaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud 2012 – 2013. En: Revista Monitor Estratégico. Número 4. Julio – Diciembre 2013. ISSN 2256 – 1307. Superintendencia de Salud. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=FIeYK2lnAJA%3D&tabid=782&mid=2312>

FRÍAS – NAVARRO, Dolores. SOLER, Marcos Pascual. Prácticas del análisis factorial exploratorio (AFE) en la investigación sobre conducta del consumidor y marketing. Universidad de Valencia, España. Suma Psicológica, Vol. 19 No. 1. Junio 2012. ISSN 0121-4381. Disponible en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/1141/707>

FUJITA, Noriko. Et al. Article: Humanised care and a change in practice in a hospital in Benin. Midwifery - August 2012 (Vol. 28, Issue 4, Pages 481-488. Disponible en: <http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unal.edu.co/S0266613811000970/1-s2.0 S0266613811000970-main.pdf?_tid=36e76a82-fbaf-11e3-9ff9 00000aacb35f&acdnat=1403621751_a8e4fe895dfde79ec102ccb8249b4095>

GÓMEZ, Olga. GUTIÉRREZ DE REALEZ, Edilma. La Situación de Enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería / la narrativa como medio para comunicarla. Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Enfermería. 1ª. Edición. Bogotá, 2011.

GONZÁLEZ JUÁREZ, Liliana. VELANDIA MORA, Ana Lucia. FLORES FERNÁNDEZ, Verónica. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Revista Conamed. Suplemento de Enfermería 2009. México. Disponible en: <dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3633444.pdf>

GRUPO DE CUIDADO. Dimensiones del cuidado. *ISBN:* 958-701-564-9 *ed.:* Unibiblos, p. 17 – 25, 1998.

LEITE ARAUJO, Maria Alix y FREITAG PAGLIUCA, Lorita Marlena. Análisis de Contexto del concepto de Ambiente en la Teoría Humanística de Paterson y Zderan. *Index Enferm* [online]. 2005, vol.14, n.48-49 [citado 2014-06-15], pp. 42-45. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000100009.

MACÍA SEPÚLVEDA, Felipe. Validez de los Test y el Análisis Factorial: Nociones Generales. Artículo de Educación. Ciencia & Trabajo. Enero / Marzo 2010. Año 12. Número 35. http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/35/pagina276.pdf

MARTINS, Josiane de Jesús. BACKES, Dirce Stein. CARDOSO, Renata da Silva. ERDMANN, Abacoque Lorenzini. DE ALBUQUERQUE, Gelson Luiz. Resignificando la Humanización desde el Cuidado en el Curso de Vivir Humano. Rev. Enferm. UERJ, Río de Janeiro, 2008 Abril – Junio; 16 (2): 276 – 81. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a22.pdf>

MARRINER, Ann. RAILE, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª Edición. Editorial Elsevier Science / Mosby. Madrid, 2003. Pág. 87

MEJÍA, Elías. Técnica e Instrumentos de Investigación. Unidad de Post Grado de la Facultad de Educación de la UNMSM – Perú, 2005. ISBN: 9972-834-08-05 Disponible en: < http://www.unmsm.edu.pe/educacion/postgrado/descargas/tecnicas.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 13437 de 1991. Bogotá, 1991. Disponible en: <http://www.ipsuniversitaria.com.co/documentos/Comite_de_etica_hospitalaria/Resolucion_13437_de_1991.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la

investigación en salud. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

MOLINA C, Edith Milena. Título de Maestría: "Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, Maestría Investigativa en Enfermería. Bogotá, 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>

MORENO, Mónica. ALVIS, Tania. MUÑOZ, Sandra. Experiencia de Recibir un Cuidado Humanizado en un Servicio de Hospitalización. Libro: El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería – Universidad Nacional de Colombia. Unibiblios. 2002. Pág. 210

MUÑOZ HERNÁNDEZ, Yolanda. CORAL IBARRA, Rosa. MORENO PRIETO, Dayana. PINILLA PINTO, Diana. SUÁREZ RODRÍGUEZ, Yaneth. Significado del Cuidado Humanizado en Egresadas de la Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, 2009. Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol 1. Disponible en: <http://repertorio.fucsalud.edu.co/pdf/vol18-04-2009/7-SIGNIFICADO.pdf>

NASCIMIENTO, KC. ERDMANN, AL. Artículo "Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo". Revista Latino-am Enfermagem 2009 Marzo – Abril. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_12.pdf>

NEWMAN, M. A. Health as Expanding Consciousness. St. Louis, Mosby. 1986

PADILLA-SANTOYO, Paola y VILCHEZ-ROMAN, Carlos. Propiedades psicométricas del cuestionario SAHLSA-50: prueba estandarizada para medir el conocimiento sobre la salud. Rev Per Obst Enf. [online]. jul./dic. 2008, vol.4, no.2 [citado 12 Septiembre 2013], p.90-95. Disponible en la World Wide Web:

<http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-77132008000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1816-7713.

PEDRO GOMEZ, Joan de et al. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2009, vol.83, n.4 [citado 2014-06-20], pp. 577-586. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.

PEREIRA, A. SOUZA DA SILVA, R. DE CAMARGO, CL. RIBEIRO DE OLIVEIRA, RC. Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. Enfermería Global. Enero 2012 – No. 25 ISSN 1695 – 6141. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.1.143161>

PINEDA, Elia y DE ALVARADO, Eva Luz. Metodología de la Investigación. 3era. Edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2008.

PIRATOBA HERNÁNDEZ, Blanca Nieves. Titulo: Confiabilidad del instrumento para medir la “habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica” en cuidadores de personas mayores de la localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería. Bogotá, 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3925/1/539467.2011.pdf..pdf>

POBLETE TRONCOSO, Margarita. VALENZUELA SUAZO, Sandra. MERINO, José Manuel. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. Aquichan, vol. 12 número 1, enero – abril 2012. Universidad de la Sabana. Cundinamarca, Colombia. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/8-21/pdf>

POBLETE, Margarita y VALENZUELA, Sandra. Cuidado Humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. En: Acta Paul Enferm (2007). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf> [Citado en 29 de noviembre de 2012]

POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos. 6ª Edición. McGraw – Hill Interamericana 2000.

RAILE ALLIGOOD, Martha. MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. Editorial Elsevier Mosby. España, 2011. Capitulo 19, página 407.

REINA, Nadia. VARGA, Elizabeth. Validez de Contenido y Validez Facial del Instrumento "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado". En: Revista AVANCES EN ENFERMERÍA VOL. XXVI No. 2, 2008. Disponible: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_8.pdf

RIVERA, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. Octubre, 2007. Disponible en: http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20ISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf> [citado en 26 de noviembre de 2012]

RIVERA, Luz Nelly. TRIANA, Alvaro. Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. En: Revista AVANCES EN ENFERMERÍA VOL. XXV No. 1 ENERO-JUNIO 2007. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf

RODRÍGUEZ, Carlos Mario. Humanización de la Atención en Salud y Acreditación. En: Revista Normas y Calidad No. 87 ICONTEC. Bogotá, 2011. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20N%C2%B0%2087.pdf>

ROMERO, Elizabeth. CONTRERAS, Inelda. PEREZ, Yanileth. MONCADA, Anny. JIMÉNEZ, Verónica. Cuidado Humanizado en Pacientes Hospitalizados. Cartagena, Colombia 2012. Revista Ciencias Biomédicas ISSN: 2215 – 7840, 4 (1) Enero – Junio 2013. [Citado en septiembre 12 de 2013] Disponible en: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/article/download/252/197>

RUÍZ MEDINA, Manuel Ildefonso. Políticas Públicas en Salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México. Marzo, 2011. 298 h. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Contaduría y Administración. Disponible en: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/validacion_confiabilidad.html>

SAAVEDRA INFANTE, Deisy Lorena. Titulo: Comportamiento de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo. Bogotá, 2013. 130 h. Tesis de Maestría (Magister en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería. Disponible en línea: http://www.bdigital.unal.edu.co/11168/1/deisylorenasaavedrainfante.2013.pdf

SECRETARIA DISTRITAL DE AMBIENTE. Instructivo. Diligenciamiento de la matriz de identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales. Bogotá, Junio 2013. Disponible en: <http://ambientebogota.gov.co/en/c/document_library/get_file?uuid=92aa0378-5f62-4623-b973-9e632e0c1e40&groupId=10157>

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911 de 2004. Bogotá, Octubre – 2004.

TRISTÁN – LÓPEZ, Agustín. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada, México. Avances en Medición, 6, 37 – 48, 2008. Disponible en: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/8413/8574/6036/Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf

UNAL. Acuerdo 016 de 2011: Política Ambiental de la Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Norma1.jsp?i=43766>

VASQUÉZ TRUISSI, Martha Lucia. Desarrollo Conceptual en Enfermería: Evolución, Tendencias y Desafíos. Ponencia, XVII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. ACOFAEN, Octubre 2005. En: Revista Avances en Enfermería. Vol. XXIV No. 1 Enero – Junio 2006. Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv1_9.pdf>