

Validez de la escala para la evaluación del significado del cuidado
Validity of the scale for evaluating the meaning of care

Helga Johanna Estevez Mendoza

Trabajo de investigación para optar al título de
Magíster en Enfermería

Asesor

María Eugenia Hincapié Zapata
Magíster en epidemiología

Universidad de Antioquia

Facultad de Enfermería

Medellín

2022

| Cita | Estevez Mendoza |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referencia | Estevez Mendoza, HJ. Validez de la escala para la evaluación del significado del cuidado [Tesis de maestría]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2022. |
| Estilo Vancouver/ICMJE (2018) | |



Maestría en Enfermería, Cohorte V.

Grupo de Investigación Promoción de la Salud.

Centro de Investigación Facultad de Enfermería (CIFE).

Asesora: María Eugenia Hincapié Zapata



Biblioteca Enfermería

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: Juan Guillermo Rojas.

Jefe departamento: Sandra Catalina Ochoa Marín.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Primero quiero agradecer a DIOS, fuente infinita de amor que me ha dado la vida y esta hermosa oportunidad, que ha fortalecido mi ser y mi profesión.

A mi familia por creer siempre en mí, en mis capacidades, por sus consejos y apoyo incondicional para salir adelante y terminar exitosamente todos los proyectos que he emprendido en mi vida. Especialmente quiero agradecer las oraciones de mi madre y mi abuela, el apoyo incondicional de mi tía Olga, las enseñanzas y consejos de mi tía Martha, el apoyo y ánimo de mi tía Luzma.

A la Magister María Eugenia Hincapié Zapata por ofrecerme la oportunidad de realizar este trabajo bajo su dirección, por su tiempo, soporte, ánimo, acompañamiento y guía en el desarrollo de esta tesis de maestría.

A los demás profesores de la Maestría en Enfermería de la Universidad de Antioquia, por sus enseñanzas, apoyo y colaboración durante mi proceso de formación en la maestría.

A mis compañeros de curso que recorrieron conmigo este trayecto del camino, por su amistad, su apoyo, por los agradables y grandiosos momentos que logramos compartir.

A cada uno de los expertos y traductores que participaron en el proceso, sus valiosos aportes a esta investigación fueron fundamentales para lograr los objetivos propuestos.

A todos y cada uno de mis colegas enfermeros que participaron de este proceso, su colaboración fue indispensable para la realización de este trabajo de grado. Quiero mencionar especialmente a mis compañeros de pregrado, enfermeros de la Clínica Urgencias de Bucaramanga, los compañeros, colegas y amigos que he conocido

durante mi vida profesional, a quienes acudí y dedicaron una parte de su tiempo para participar de este trabajo investigativo, mis compañeros del Hospital San Vicente Fundación, los colegas de la Universidad de Antioquia, sin ellos no habría sido posible la culminación de esta tesis.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia por ofrecerme los espacios y el conocimiento durante el proceso de mi formación como investigadora en el programa de Maestría en Enfermería.

Tabla de contenido

| | |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Agradecimientos | 3 |
| 1 Introducción..... | 11 |
| 2 Planteamiento del problema..... | 13 |
| 3 Justificación..... | 19 |
| 3.1 Pregunta de investigación | 21 |
| 4 Objetivos | 22 |
| 4.1 Objetivo general | 22 |
| 4.2 Objetivos específicos..... | 22 |
| 5 Marco teórico | 23 |
| 5.1 El cuidado..... | 24 |
| 5.1.1 Dimensión histórica del cuidado: | 24 |
| 5.1.1 Dimensión filosófica..... | 25 |
| 5.1.2 Dimensión espiritual. | 25 |
| 5.1.3 Dimensión de la práctica social | 26 |
| 5.1.4 Dimensión teórica..... | 27 |
| 5.1.5 Metaparadigma de enfermería | 29 |
| 5.1.6 Instrumentos para evaluar el cuidado..... | 30 |
| 5.2 Adaptación transcultural de medidas de autoinforme..... | 38 |
| 5.2.1 Fases de validación..... | 38 |
| 6 Metodología | 39 |
| 6.1 Tipo de estudio | 39 |
| 6.2 Criterios de rigor | 39 |
| 6.3 Fases de validación..... | 39 |
| 6.3.1 Selección de la escala..... | 40 |

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------------|----|
| 6.3.2 | Adaptación transcultural de las medidas de autoinforme | 40 |
| 6.3.3 | Pruebas de validez | 46 |
| 6.3.4 | Validez de constructo y consistencia interna | 50 |
| 6.4 | Consideraciones éticas..... | 57 |
| 7 | Resultados | 59 |
| 7.1 | Adaptación transcultural | 59 |
| 7.2 | Pruebas de validez | 59 |
| 7.2.1 | Prueba piloto de la versión pre-final: | 59 |
| 7.2.2 | Validez facial | 63 |
| 7.2.3 | Validez de constructo y consistencia interna | 67 |
| 8 | Discusión..... | 79 |
| 9 | Conclusiones..... | 88 |
| | Referencias Bibliográficas..... | 89 |
| 10 | Anexos..... | 97 |

Lista de tablas

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1: Ejemplo de síntesis de traducciones | 42 |
| Tabla 2: Resultados adaptación transcultural-índice Lawshe modificado | 45 |
| Tabla 3: Modificaciones de expertos en la adaptación transcultural | 47 |
| Tabla 4: Resultados de la validez de contenido según el Lawshe modificado | 48 |
| Tabla 5: Operacionalización variables, instrumento utilizado para la validez de constructo y consistencia interna | 53 |
| Tabla 6: Estadísticos descriptivos prueba piloto | 61 |
| Tabla 7: Desempeño profesional participantes prueba piloto | 62 |
| Tabla 8: Porcentaje de concordancia prueba piloto | 62 |
| Tabla 9: Resultados de la validez facial según el Lawshe modificado | 65 |
| Tabla 10: Estadísticos descriptivos de variables numéricas discretas | 68 |
| Tabla 11: Estadísticos descriptivos de variables categóricas | 69 |
| Tabla 12: Descriptivos experiencia laboral | 70 |
| Tabla 13: Valor comunalidad por ítem | 71 |
| Tabla 14: Varianza total explicada por cada factor | 74 |
| Tabla 15: Análisis de componentes principales con rotación varimax | 74 |
| Tabla 16: Comparación de la versión original y el resultado del análisis factorial exploratorio | 77 |
| Tabla: 17 Alfa de Cronbach por categoría y total de la escala | 78 |

Lista de anexos

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Anexo A: Autorización para el uso de la Escala para la Evaluación del Significado del Cuidar. | 98 |
| Anexo B: Escala de Avaliação do Significado do Cuidar – EASC. | 99 |
| Anexo C: Consentimiento informado participante. | 102 |
| Anexo D: Formato guía traductores de la Escala de Evaluación del Significado del Cuidar. | 104 |
| Anexo E: Formato guía expertos participantes en la validez de contenido. | 105 |
| Anexo F: Versiones traducción inicial al español y síntesis. | 107 |
| Anexo G: Perfil de expertos participantes en la adaptación transcultural. | 112 |
| Anexo H: Perfil expertos participantes en la validez facial y de contenido. | 113 |
| Anexo I: Cambios de la adaptación transcultural siguiendo las recomendaciones de los expertos. | 114 |
| Anexo J: Traducción de la versión en español de la escala de evaluación del significado del cuidado al portugués. | 119 |
| Anexo K: Versión en español de la escala de evaluación del significado del cuidado luego de la adaptación transcultural y las validaciones. | 122 |

Resumen

Objetivo: Realizar la adaptación transcultural con validez y consistencia interna para la versión en español de la Escala para la Evaluación del Significado de Cuidar (EESC).

Diseño: Validación de un instrumento de medición.

Población: Enfermeros profesionales, agosto 2019 - mayo 2020.

Medición: Se realizó la adaptación transcultural de la EESC. Con la versión en español se realizó validez de contenido del instrumento, mediante consulta a expertos; validez de constructo con análisis factorial exploratorio; y la estructura interna del instrumento mediante la evaluación de la consistencia interna.

Resultados: Se obtuvo una versión de la EESC en español equivalente a la original. De acuerdo con el criterio de expertos 30 de los ítems originales se modificaron para la versión dirigida a la población de estudio. Luego de la validez de contenido 3 de los ítems de la escala original se eliminan por índices de Lawshe menores a 0,58, la validez facial del instrumento, de acuerdo con el criterio de expertos indicó que la versión es clara, comprensible y precisa. La composición interna de la escala cambió luego del análisis factorial exploratorio y se eliminaron 6 ítems por cargas factoriales menores de 0,4. El coeficiente α de Cronbach para la escala en general fue de 0,889, para los componentes se comportó entre 0,720 y 0,886. **Conclusiones:** La versión en español de la escala para la evaluación del significado del cuidado cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para realizar una medición válida de la percepción del concepto del cuidado en los profesionales de enfermería.

Palabras clave: Atención de enfermería, estudios de validación, comparación transcultural, encuestas y cuestionarios, psicometría.

Abstract

Objective: To carry out the cross-cultural adaptation with validity and internal consistency for the Spanish version of the Scale for the Evaluation of the Meaning of Caring (EESC).

Design: Validation of a measuring instrument.

Population: Nurses, between August 2019 and May 2020.

Measurement: The cross-cultural adaptation of the EESC was carried out. Once the Spanish version has been obtained, the content of the instrument is validated by consulting experts; construct validity with confirmatory factor analysis; and the internal structure of the instrument by evaluating internal consistency.

Results: A version of the EESC in Spanish equivalent to the original was obtained. According to the criteria of the experts, 30 of the original items were modified for the version directed to the study population. After the content validity 3 of the items of the original scale are eliminated because they present Lawshe indices less than 0.58, the facial validity of the instrument, according to the criteria of experts, indicated that the version is clear, understandable and accurate. The internal composition of the scale changed after confirmatory factor analysis. Cronbach's α coefficient for the scale in general was 0.9, for the components it behaved between 0.64 and .087. **Conclusions:** The Spanish version of the scale for evaluating the meaning of care has adequate psychometric properties to make a valid measurement of the perception of the concept of care in nurses.

Keywords: Nursing care, validation studies, cross-cultural comparison, surveys and questionnaires, psychometrics.

1 Introducción

A nivel mundial, la profesión de enfermería inicia basada en un modelo biomédico y asistencial, luego se da un enfoque administrativo por la baja producción de las escuelas existentes y se aceptan oficialmente las auxiliares de enfermería. Sin embargo, desde la década de los ochenta se aumentan los profesionales de enfermería volviendo al cuidado directo del paciente. En Colombia la reforma a la salud dada por la Ley 100 de 1993, ha hecho que el desarrollo de esta profesión tenga un enfoque administrativo y de supervisión de los servicios de salud, dejando el cuidado directo delegado al personal auxiliar de enfermería. Actualmente en la mayoría de las instituciones de salud hay una sobrecarga debido al aumento de la cobertura con similares o menos recursos económicos para brindar la atención, deteriorando así las condiciones de trabajo y la calidad en la atención (1).

Particularmente se han realizado estudios en los que se aprecia que el profesional de enfermería para atender funciones de coordinación de los servicios y en las médico-delegadas, termina delegando el cuidado directo al personal auxiliar, lo cual se traduce en insatisfacción laboral del profesional de enfermería (2), según Quintero y Gómez (3) es importante para las personas que reciben los cuidados del profesional de enfermería porque significa ayuda, seguridad y educación.

Existen varios instrumentos que evalúan la percepción del cuidado de forma individual y colectiva desde la perspectiva de los pacientes y los profesionales. Por ejemplo: en Colombia, Poblete-Troncoso Et al. validaron el Caring Efficacy Scale y el Nyberg's Caring Assessment para evaluar la percepción del cuidado otorgado al paciente (4). En Panamá González-Ortega validó el instrumento Cuidado de comportamiento profesional «forma A», que evalúa la percepción del cuidado recibido hacia el paciente (5); y en Chile Ayala-Calvo, han validado y traducido al español el Caring Behaviors Assessment (CBA), que evalúa los comportamientos de cuidado que recibe el paciente en el entorno hospitalario (6). A pesar del desarrollo de estos instrumentos que miden algunos componentes de la praxis de enfermería, en ocasiones carece de relevancia para la práctica de enfermería (7), el concepto del cuidado, se ha visto desde múltiples perspectivas, posiblemente se presente debido a que este concepto está influenciado por diferentes condiciones del profesional de enfermería, tanto personales como laborales,

desde este punto de vista cobra relevancia el significado o concepto que los profesionales de enfermería le den al cuidado dentro de su práctica profesional.

Además, al conocer el significado que los profesionales de enfermería dan al cuidado se ha evidenciado que hay diferencias entre estudiantes, docentes y enfermeros asistenciales por lo cual recomiendan realizar más estudios donde se logre evidenciar los aspectos que sean necesario reforzar con el fin de acercar la teoría y la práctica profesional, esto se logró medir a través de la Escala para la Evaluación del significado del Cuidar (8) elaborada por Pavan basada en los diferentes enfoques del cuidado identificados por Morse en 1990 (9).

Contar con un instrumento que permita evaluar el significado del cuidado para los profesionales de enfermería constituye un eje central para poder comparar a través del tiempo los cambios con relación a esta acción fundamental en el quehacer profesional, al adaptar transculturalmente este instrumento permitirá evaluar el significado de cuidar por lo que permite crear estrategias para mejorar el cuidado en los profesionales de enfermería y contribuir en la formación de los profesionales con relación al cuidado en el contexto colombiano.

2 Planteamiento del problema

Históricamente el cuidado ha sido visto como eje central y esencia de la profesión de enfermería, sin embargo, al ser un fenómeno que tiene múltiples perspectivas y definiciones ha sido complejo evidenciar que la enfermería es una disciplina independiente de las demás ciencias de la salud, diferente del modelo biomédico cuyo objetivo es curar la enfermedad.

El cuidado ha estado presente a lo largo de la existencia humana, ha sido adoptado y replicado en diferentes contextos y disciplinas, sin embargo, para el profesional de enfermería el cuidado es su arte, a través del estudio, la observación y la práctica logra refinar la ayuda que le brinda a los demás, cuando se logra esto tiene efectos en la salud mental, comodidad, seguridad, satisfacción profesional, realización, crecimiento personal, entusiasmo, y estos pueden ser identificados en pacientes y enfermeras (10). Por lo tanto, el profesional de enfermería al brindar los cuidados puede impactar en la calidad de vida de las personas, lo cual genera satisfacción laboral para los enfermeros.

En el contexto colombiano las reformas en el sistema de salud generaron cambios en los principios de universalidad, equidad e integralidad (11), sin embargo, diferentes investigaciones realizadas en años posteriores evidenciaron que debido a esta reforma las instituciones debieron realizar cambios en su filosofía la cual pasó de prestar servicios de salud a ofertarlos, como estrategia para mejorar la rentabilidad aumentaron la cobertura de los servicios con menos recurso humano, lo cual se reflejó en más trabajo con menos tiempo y menos personal (12–15). Otro cambio importante que realizaron las instituciones fue en su enfoque que pasó a ser principalmente curativo, disminuyendo la prevención y promoción de la salud (16,17), área a la cual estaban dedicados gran parte de los esfuerzos de los profesionales de enfermería quienes para ese entonces habían ampliado su papel en la atención primaria en salud, dirigiendo programas enfocados en la salud de las personas, llevando a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en la prevención de riesgos, especialmente el campo de la salud y seguridad en el trabajo y en la gestión de programas prioritarios en salud. Estos cambios afectaron directamente la práctica de enfermería en Colombia, hubo un aumento en el trabajo, los trámites administrativos, con menos tiempo para dedicarse al cuidado de las personas, con la

consecuente sobrecarga laboral y deterioro de la calidad en la atención (1), esto difiere con la esencia de la profesión que está enfocada en el cuidado integral de las personas (11,17), sin embargo, ha hecho parte de la adaptación de la práctica de enfermería el enfoque en la administración y gestión del cuidado, un estudio realizado en Córdoba, Colombia evidenció que los profesionales de enfermería están dejando de lado la filosofía de brindar cuidados directos por la gestión del cuidado, atendiendo a las exigencias del mercado actual (18).

De acuerdo con todo lo anterior, la modificación de las políticas institucionales, las condiciones laborales, inestabilidad y sobrecarga además del ejercicio de múltiples roles ocasionó altos niveles de cansancio físico y psíquico en los profesionales de enfermería en Colombia, lo cual aportó a la disminución de la calidad de vida de estos (19).

Bajo este contexto para el área de Medellín estudios como el de Alcaraz y colaboradores (2), identificó que el trabajo diario de los profesionales de enfermería se diluía en las funciones de coordinación de los servicios y en las médico-delegadas, lo cual concuerda con lo mencionado por Castrillón Et al., acerca de que el cuidado es delegado al personal técnico o auxiliar y el profesional de enfermería se dedica a las actividades administrativas y de gestión de los servicios (1) y con lo mencionado por Ferreira el énfasis en estas funciones terminan complementando a otras profesiones (20), debido a estas actividades el personal de enfermería deja incompletas otras intervenciones que tienen que ver con la seguridad, la calidad de la atención y por tal motivo la satisfacción de los cuidados recibidos (21). A pesar de esto, las enfermeras tenían clara la importancia del cuidado directo de los pacientes, reconociendo que es el centro en enfermería (2), algunos profesionales recién graduados perciben su rol profesional de manera positiva sin embargo, con el paso del tiempo esta percepción cambia debido a que su capacidad de proporcionar cuidado seguro y compasivo se ve limitado, al diluirse su tiempo en gestión administrativa y la carga laboral (22), de igual manera para algunos profesionales su motivación para estudiar enfermería fue brindar cuidado directo, pero al llegar al campo laboral esto pasa a un segundo plano, lo cual genera insatisfacción (23,24).

Por otra parte, al delegar los cuidados de enfermería, los pacientes y sus familiares no la identifican como la líder del cuidado que reciben, debido a la falta de claridad en los

roles y las tareas que debería desempeñar (23). Complementando lo anterior, en un estudio realizado en Estados Unidos, Aiken y colaboradores, concluyeron que la organización de la atención de enfermería se asocia con una disminución hasta en un 4,6% en los índices de mortalidad y con un aumento en la satisfacción de los pacientes, este estudio fue realizado en hospitales que se caracterizan y destacan por la atención de enfermería (25). Adicionalmente un estudio mencionado por Alcaraz, realizado en Estados Unidos reportó menores índices de infecciones urinarias, neumonías, paro cardíaco y estancia hospitalaria cuando el profesional de enfermería dedica más tiempo al cuidado (2).

Bajo esta perspectiva es necesario centrarse en el cuidado como esencia de la profesión de enfermería. En Colombia algunas facultades de enfermería han dedicado parte de la investigación al desarrollo disciplinar donde indiscutiblemente el cuidado termina siendo el eje central de estudio y reflexión filosófica con el objeto de definir la identidad profesional, diferenciadora del modelo biomédico centrado en curar la enfermedad. En la práctica, es importante el concepto que se tenga del cuidado y la comprensión de este concepto sigue siendo guía fundamental de las acciones del profesional de enfermería en todos los campos de desempeño (26), teniendo en cuenta que este concepto se ve influenciado por el conocimiento científico y empírico del profesional, la cultura, creencias y contexto del enfermero, de la persona que recibe los cuidados y su familia (27).

El eje central de la profesión de enfermería es la praxis del cuidado y es proporcionado a los pacientes en diferentes dimensiones dentro del proceso de atención; sin embargo, al realizar estas actividades de forma rutinaria se puede considerar que el acto de cuidar es de calidad, y es posible que la calidad que otorga el profesional de enfermería en el cuidado considere que es óptima, pero en ocasiones no se correlaciona con un cuidado de calidad que el paciente está recibiendo. Esta interacción del profesional que da el cuidado y el paciente que lo recibe produce una experiencia subjetiva entre ambos actores y por lo tanto es importante valorar esa percepción del acto de cuidar (5,28–32).

Esta percepción se puede analizar desde la perspectiva del profesional y del paciente, en la literatura existen instrumentos que permiten acercarse a este fenómeno y

extraer información al respecto, estos instrumentos pueden ir desde la percepción del paciente y evaluar ellos como reciben ese cuidado de calidad y hay otra mirada que es la de los profesionales de enfermería para valorar que estos cuidados se brindan en forma humanizada (5,33).

Mundialmente existen varios instrumentos que evalúan la percepción del cuidado de forma individual y colectiva desde la perspectiva de los pacientes y los profesionales. Para resaltar en Latinoamérica, existen algunos instrumentos confiables y validos como, por ejemplo: en Colombia, Poblete-Troncoso Et al. validaron el Caring Efficacy Scale y el Nyberg's Caring Assessment para evaluar la percepción del cuidado otorgado al paciente (4). En Panamá González-Ortega validó el instrumento Cuidado de comportamiento profesional «forma A», que evalúa la percepción del cuidado recibido hacia el paciente (5); y en Chile Ayala-Calvo, han validado y traducido al español el Caring Behaviors Assessment (CBA), que evalúa los comportamientos de cuidado que recibe el paciente en el entorno hospitalario (6).

Ante la diversidad de instrumentos que miden aspectos particulares del cuidado, y lo que se busca en este trabajo es dilucidar que en la praxis de enfermería el eje central es el cuidado pero que en ocasiones carece de relevancia para la práctica (7), dentro del componente teórico de enfermería se encuentran diferentes conceptos del cuidado, visto desde múltiples perspectivas, posiblemente esta particularidad se presente debido a que este concepto está influenciado por las condiciones laborales del profesional de enfermería, su desarrollo personal, cultura y creencias, su desarrollo profesional, la autonomía que tenga en el lugar donde se desempeña, las actividades que realice que le den satisfacción en el desarrollo de su ejercicio profesional. Teniendo en cuenta lo anterior cobra relevancia la clasificación del concepto del cuidado, según las diferentes perspectivas que tiene, desarrollado por Janice Morse Et al (9), donde, analizando diferentes definiciones del concepto de cuidado, identificaron cinco perspectivas de la naturaleza del cuidado: a) el cuidado como rasgo humano, como parte de la naturaleza humana o característica básica del ser humano, b) el cuidado como imperativo moral c) el cuidado como una emoción y un sentimiento de compasión, d) el cuidado como un compromiso mutuo entre la enfermera y el paciente como una interacción, e) el cuidado como una intervención terapéutica. En este sentido, en Brasil, Pavan (34) desarrolla un

instrumento basado en estas conceptualizaciones del cuidado de Morse, con el cual se evalúa el concepto de cuidar que los profesionales de enfermería tienen en cada una de esas clasificaciones del cuidar. La selección del cuestionario se realizó debido a su base conceptual desde donde se puede evaluar el significado del cuidar para el personal de enfermería desde las diferentes perspectivas del concepto. Este instrumento se desarrolló y aplicó inicialmente en Brasil en un estudio donde establecieron diferencias y similitudes entre estudiantes de enfermería de último semestre y postgrados, y docentes, y profesionales de enfermería dedicados a la asistencia, evidenciando la necesidad de afianzar el concepto del cuidar desde la enseñanza y su aplicación en la práctica (8), otro estudio realizado en Colombia donde utilizaron esta misma escala, al determinar las diferencias y similitudes entre los grupos evaluados (estudiantes y docentes) concluyeron que ambos grupos obtuvieron puntuaciones similares en las categorías posiblemente debido a la influencia que la educación tiene en el desarrollo de actitudes, conductas y valores de los estudiantes, además, observaron que ambos grupos no valoran el cuidado que se dan a sí mismos como parte del cuidado y la puntuación más baja de ambos fue en el cuidado como imperativo moral y afecto, revelando la necesidad de reflexionar sobre la formación de la dimensión ética, afectiva y humanizada del programa (35), de igual manera un estudio realizado en Cuba donde aplicaron este mismo instrumento encontraron que la percepción de los enfermeros acerca del cuidado estaba bien desarrollada sin embargo, en la práctica de enfermería está por debajo de las expectativas en todos los grupos estudiados (36). A pesar de que este instrumento ha sido utilizado en español en países como Perú (37), Cuba (36) y Colombia (35), estos reportan la consistencia interna del cuestionario pero ninguna otra prueba psicométrica ni la adaptación cultural de la versión en español que utilizaron, por lo cual es necesario una adaptación transcultural que permita disponer de una versión fiable y válida de este instrumento para la población colombiana donde se busca aplicarlo, para evaluar la percepción del cuidado en el profesional de enfermería.

Adaptar transculturalmente el instrumento de Pavan (34) permite aumentar los instrumentos que se pueden aplicar en nuestro territorio para conocer la percepción sobre el cuidado, además de investigar sobre la medición del significado del cuidar de los profesionales de enfermería en el contexto colombiano, facilita los procesos de

investigación centrados en evaluar la praxis de enfermería y posteriormente permite identificar debilidades en la conceptualización del cuidado para favorecer la formación de los profesionales de enfermería en el país.

3 Justificación

Es el cuidado de la salud el objetivo principal y la razón de ser del profesional de enfermería, centrado en “el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana” (38). Una de las perspectivas de la disciplina son los aspectos de la práctica de la enfermería y las relaciones de cuidado que se desarrollan entre las personas y los profesionales de enfermería. En contraste algunas de las fuentes de la teoría de enfermería son: la práctica, la experiencia de la enfermería y la práctica ideal de la enfermería, estos aspectos son fundamentales en la investigación en enfermería, para aportar a su desarrollo disciplinar (39). La realización del presente estudio provee una evaluación del significado que el enfermero tiene sobre el cuidado en la práctica lo cual permitirá acercar un poco la teoría a esta, mejorar la identidad profesional con lo cual aumente la visibilidad del profesional en los servicios donde se desempeña y adicionalmente empoderar en el profesional el acto de cuidar.

Es oportuno ahora acerca del cuidado y enfermería, detenerse en el cuidado como un soporte para vivir bien, promoviendo condiciones para una vida saludable y para el beneficio del bien común. En ese sentido se define como el cuidado terapéutico que es integrador, humanizado y favorece una vida mejor, más saludable, posee dos esferas: una objetiva, que se refiere al desarrollo de técnicas y procedimientos, y una subjetiva, que se basa en la sensibilidad, la creatividad y la intuición, juntas se complementan y deben realizarse simultáneamente para que se tenga un cuidado adecuado (27), al enfocarse en el cuidado los enfermeros realizan un cuidado integrador que puede reflejarse en el fortalecimiento de la identidad y reconocimiento social y profesional.

De igual forma para el fortalecimiento de la profesión se podría identificar los “pequeños detalles” necesarios para brindar un cuidado humanizado centrado en las necesidades de las personas y sus familias, tal como lo muestra una investigación realizada por Beltrán en la ciudad de Medellín donde resalta que el cuidado de enfermería debe ser neutral al aceptar a las personas de manera imparcial, además de demostrar interés real por cuidar y apoyar a quien cuida, creyendo en las manifestaciones de incomodidad con el fin de identificar sus necesidades reales para resolverlas, contribuyendo así al bienestar de la persona (40). Esto se complementa con lo evidenciado en un estudio realizado en Venezuela Botero encontró que las personas

están satisfechas con los cuidados de las enfermeras de cuidado directo debido a que su actitud es favorable al realizar actividades de cuidado en las que manifiesta espíritu solidario e interés por la enseñanza de la persona hospitalizada, ayuda a la persona a superar los problemas de salud que afronta fortaleciendo el autocuidado y logra establecer una relación enfermera-paciente de confianza (41).

A través de la historia se ha conceptualizado acerca del cuidado, para ello se han construido muchos instrumentos que permiten medir la percepción del cuidado desde los diferentes actores, es decir, los pacientes, los familiares de los pacientes, los profesionales de enfermería, sin embargo pocos instrumentos miden este concepto desde la perspectiva de los profesionales de enfermería; conocer la percepción del cuidado de los profesionales de enfermería puede influir en la atención del cuidado directo es por esto que es necesario validar instrumentos y aplicarlos en los procesos de investigación de la profesión de enfermería lo que permite la comprensión de los fenómenos de la praxis del cuidado, además da respuesta a las necesidades de los pacientes para recibir cuidado de calidad y humanizado.

Validar el instrumento de Pavan (34) a la población colombiana va a permitir que en el país se amplíen los instrumentos para conocer la percepción del concepto del cuidado que tiene el profesional de enfermería en los diferentes campos de acción. Al contar con diferentes instrumentos validados se puede desarrollar investigación en enfermería para aportar a la disciplina de las siguientes formas:

- Fortaleciendo la identidad profesional y reconocimiento a la disciplina de enfermería que permita visibilizarla a nivel institucional, social y comunitario.
- Identificando las fortalezas y debilidades que se están presentando en el cuidado del profesional de enfermería, que permitan que las instituciones de educación superior puedan proponer estrategias educativas o de mejoramiento continuo para fortalecer los programas educativos que estas ofrecen.
- Planteando estrategias de mejora en los servicios de enfermería, que permita una mejor percepción del profesional de enfermería por parte de los pacientes y de sus familiares; y satisfacción de los cuidados que el profesional realiza.

3.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la adaptación transcultural, la consistencia interna y el nivel de validez para la versión en español de la Escala para la Evaluación del Significado del Cuidar (EESC)?

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

Realizar la adaptación transcultural con validez y consistencia interna para la versión en español de la Escala para la Evaluación del Significado de Cuidar (EESC).

4.2 Objetivos específicos

- ❖ Desarrollar la adaptación transcultural y ajuste semántico para la versión en español de la Escala para la Evaluación del significado del Cuidado (EESC).
- ❖ Determinar la validez de contenido y de constructo de la versión en español de la EESC.
- ❖ Establecer la consistencia interna de la versión en español de la EESC.

5 Marco teórico

La historia de la enfermería en Colombia tiene su origen a principios del siglo XX alrededor de la práctica de mujeres que brindaban cuidados a las personas, especialmente en el área de la ginecobstetricia, las parteras y comadronas tenían un papel fundamental. Es así como inicia la profesión basada en un modelo biomédico y por la escuela francesa donde el papel de la enfermera consistía en observar individualmente al enfermo, teniendo un enfoque solo asistencial. Posteriormente se da un enfoque administrativo para el profesional de enfermería dado en ese momento por la baja producción de las escuelas existentes, por lo cual desde esta época (1935-1954) se aceptan oficialmente las auxiliares de enfermería y ayudantes o asistentes. Esta escasez de enfermeras llevó la delegación del cuidado a las auxiliares de enfermería apartando al profesional de enfermería del cuidado directo para la gestión administrativa; la hegemonía del modelo biomédico hace que las enfermeras vean la administración como un símbolo de “estatus”, finalmente se logra que las enfermeras se posesionen como directoras de las escuelas de enfermería que hasta ese momento habían sido cargos ocupados por médicos (16). A continuación, hay un aumento exponencial en el personal auxiliar de enfermería, ayudantes y promotoras, siendo este grupo mayoritario el que prestaba servicios de salud, contrario a esto el profesional de enfermería era escaso y ocupaban en su gran mayoría cargos administrativos, solo el 3% trabajaba en cuidado directo (42). A mediados de los años 70' una nueva política regional da origen a la atención primaria y la participación comunitaria, con una reasignación de funciones lo cual expande el papel de la enfermera, unido a esto hay un aumento en la oferta de estudios de enfermería y apertura de especializaciones, incrementando el número de los profesionales de enfermería, de esta manera se da un enfoque interdisciplinar a la atención en salud, y es así como, con el consecuente cambio en la práctica de enfermería, para la década de los 80' se observó un aumento en los profesionales de enfermería dedicados al cuidado directo, lo cual se denominó de vuelta a la cabecera del paciente (42).

El cuidado es visto dentro de la profesión de enfermería como su eje principal, sin embargo, es importante tener en cuenta que en términos generales este es visto como

una característica intrínseca del ser humano, al estar presente durante toda la historia de la humanidad.

En este marco teórico se va a mencionar la epistemología, el metaparadigma del cuidado, que rodea los conceptos alrededor de este, posteriormente. se describen los diferentes cuestionarios que miden alguna perspectiva del cuidado, dentro de estos se describirá el cuestionario con su sustento teórico.

5.1 El cuidado

5.1.1 Dimensión histórica del cuidado:

Al principio, los seres humanos vivían en grupos, generalmente nómadas, moviéndose de un lugar a otro para sobrevivir. Así surgieron las primeras prácticas de cuidado, fundamentalmente para la supervivencia, ensamblando medidas de higiene. Posteriormente se establecieron en un lugar fijo y comenzaron a evaluar la vida en sociedad, dando lugar a los cuidados desde la dependencia mutua. Más tarde, el pensamiento mágico-místico, trascendental y religioso gobernó, y los hechiceros, chamanes o sacerdotes comenzaron a ser responsables de la provisión de cuidados, las enfermedades se consideraron como consecuencias de causas externas, por ejemplo, la naturaleza y / o espíritus sobrenaturales (43).

En la edad media hubo plagas y epidemias consideradas como una posesión demoníaca, causada por la brujería, un signo de purificación y expiación de los pecados, por lo cual la fe y la religiosidad se consideraron fundamentales para el tratamiento y la curación, y la terapia se basó en milagros, a los que se accedió mediante la oración, la mortificación y el arrepentimiento (43).

En la época medieval, la atención pasó de la expresión individual a la actividad institucionalizada, cuando se fundaron los primeros hospitales. Durante este período, las órdenes religiosas se encargaron del cuidado y la atención se entendió como un acto de caridad y un modelo de vocación religiosa (43).

En la Edad Moderna surgió el empirismo, la búsqueda de la verdad racional basada en los sentidos, es así como los hospitales pasaron de ser un lugar de cuidados y refugio a ser lugares para el cuidado y la formación académica de nuevos profesionales

dentro de los cuales estaba la enfermería, basada en muchas de las enseñanzas de Florence Nightingale, con quien surgió la enfermería moderna, estableciendo así un hito en el conocimiento científico de la enfermería como una guía de este proceso (44).

5.1.1 Dimensión filosófica

La dimensión filosófica del cuidado está centrada en una cuestión antropológica que preocupa a los seres humanos desde la antigüedad: el significado del ser humano, por lo tanto, las personas que cuidan dan percepciones, emociones, sentimientos, valores y conocimientos a quien se cuida para que vean lo que son.

Para el escritor y filósofo Martin Heidegger algunos conceptos que forman la base de su pensamiento con respecto a esta dimensión esté el Dasein: es estar ahí, es presencia, es la manera de decir que los seres son solo algo basado en cómo se expresan, representa la idea de que sin las formas de expresión no hay ser. Como la frase "Be-in-the-world but, not of the world" significa "*estar en el mundo pero no en el*": es la condición de los seres conscientes de su presencia en el tiempo y en el mundo, dice que los individuos nunca serán solo una subjetividad en sí mismos, sino en la interrelación con otros individuos y cosas, Cuidado: el cuidado puede entenderse como un acto que ocupa un sentido ontológico, o como posibilidades, para Heidegger, la atención incluye la manera positiva de cuidar a las personas, que no es sinónimo de bondad, sino de comprender verdaderamente lo que es importante. Estos conceptos denotan lo que es propio de Heidegger, reflexionamos aquí sobre el cuidado de enfermería no solo como una práctica profesional, aprendida a través de manuales y rutinas estáticas, sino también un cuidado atento, cauteloso y reflexivo. Respetar al otro, ponerse en el lugar de otra persona, una forma flexible, eficiente, ética, responsable, dinámica, inacabada y exclusiva para el cuidado de enfermería (44).

5.1.2 Dimensión espiritual.

En un estudio sobre el análisis del concepto de cuidado espiritual de enfermería, se han descrito algunas propiedades del cuidado espiritual: curación, uso terapéutico del yo, sentido intuitivo, exploración de la perspectiva espiritual, centralidad del paciente, intervención terapéutica centrada en el significado y creación de un ambiente de cuidado

espiritual. El cuidado espiritual es visto como un asunto subjetivo, sin embargo, dinámico y que en su singularidad integra todos los otros aspectos del cuidado de la salud. Se manifiesta en la preocupación de las enfermeras que proviene de la capacitación y las experiencias centradas en esta necesidad. Este profesional puede visualizar un cuidado que trasciende el cuerpo y afecta la vida de las personas y, en consecuencia, su salud. Cuando la atención incluye esta dimensión, los resultados son alentadores, porque ayudan al proceso de curación del paciente y la experiencia espiritual de la enfermera se agranda. Por lo tanto, dentro de la historial de enfermería del paciente y la familia, la enfermera debe buscar información sobre sus creencias, valores espirituales y principios de vida. Las intervenciones de enfermería deben tener escucha activa, admisión, promoción de prácticas espirituales a través de oraciones, lecturas de la Biblia y otros textos inspiradores, así como expresiones artísticas. La inclusión de un líder religioso o teólogo en el equipo multidisciplinario agrega valor a la atención médica integral (44).

5.1.3 Dimensión de la práctica social

La enfermería como práctica social debe entenderse como el comportamiento y la actitud de las enfermeras. La provisión de atención se convierte en la meta y mantiene el trabajo en el proceso de atención médica. La esencia del trabajo de la enfermera es entender el cuidado como el propósito de la enfermería, porque lograr este objetivo en la vida cotidiana intensifica las acciones sistemáticas de los principios éticos y técnicos que componen la práctica social. Dentro de esta dimensión el profesional de enfermería establece, organiza y planifica la prestación de cuidados. La provisión de atención en esta perspectiva, por lo tanto, es minimizar los riesgos en la atención médica. También es para guiar, educar, capacitar e informar a los sujetos de manera tal que puedan realizar el cuidado personal y recibir atención integral, justa y humana; es capacitar a las personas para que realicen con seguridad sus actividades profesionales; es para prevenir enfermedades, accidentes de tráfico y ocupacionales, y estar preparado para las tragedias naturales; es fomentar la participación social en el desarrollo de políticas públicas y en el monitoreo de los servicios de salud, a fin de garantizar el acceso universal, como derechos de los ciudadanos y la responsabilidad del Estado (44).

5.1.4 Dimensión teórica

La dimensión teórica está representada por sus teorías, las cuales tienen el objetivo de organizar la enfermería como una ciencia. Se han escrito múltiples teorías de enfermería, en el presente trabajo investigativo se resaltan las siguientes.

Watson basó su modelo de atención en siete supuestos básicos, a saber: la atención solo se puede demostrar y practicar de manera transpersonal; el cuidado consiste en factores de cuidado que resultan en la satisfacción de las necesidades humanas, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación y la práctica del cuidado de la salud es esencial para la enfermería, en su teoría, Watson presentó factores de atención primaria, que constan de diez elementos, a saber: sistema de valores humanista-altruista; fe y esperanza; sensibilidad contigo mismo y con los demás; expresión de sentimientos negativos y positivos; método científico de solución de problemas en el proceso de atención de salud; promoción de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal; ambiente de apoyo, protección y / o correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual; asistencia a las necesidades humanas; y aceptación de las fuerzas fenomenológicas -existenciales-espirituales. Para ella los seres humanos son seres funcionales totalmente integrados, vistos como más grandes y diferentes que la suma de sus partes". Según Watson, la enfermería se ocupa de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el cuidado de los enfermos y la restauración de la salud. Ella cree que un cuidado de salud holístico es fundamental para la práctica del cuidado de enfermería. Para ella, la enfermería es una experiencia de ciencia humana y salud-enfermedad mediada por operaciones humanas profesionales, personales, científicas, estéticas y éticas (45).

En 1976, Roy definió la enfermería como una ciencia humanista e introdujo en 1984 el ser biopsicosocial como cliente. Para ella, la enfermería como profesión de atención médica se enfoca en los procesos de la vida humana, enfatizando la promoción de la salud a individuos, grupos y a la sociedad en general. El medio ambiente es considerado como una de las circunstancias, condiciones e influencias que abarca y afecta los comportamientos de las personas. Incluso alguien que está sano no está libre de situaciones inevitables como la muerte, la enfermedad, la infelicidad o el estrés; pero, la capacidad de manejar estas situaciones debe ser lo más competente posible. La salud

es la consecuencia de la adaptación individual al medio ambiente. El modelo de adaptación de Roy considera como un objetivo de enfermería la promoción de la adaptación de individuos y grupos en cuatro modos (fisiológico, autoconcepto, interdependencia y función de rol), contribuyendo así a la salud, la calidad de vida y la muerte con dignidad (45).

El modelo de autocuidado de Orem consiste en la idea de que los individuos, cuando pueden, deben cuidarse a sí mismos, con tres dimensiones interrelacionadas: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería. La teoría del autocuidado se refiere a la condición básica y los factores terapéuticos, es decir, las cosas que hacen los usuarios para mantener sus vidas, su salud y su bienestar. En su teoría del sistema de enfermería, Orem informa sobre los factores que afectan el autocuidado y determina cuándo se necesita la enfermería para ayudar a los usuarios. La premisa de su teoría es que los seres humanos creen que tienen la capacidad de promover el autocuidado, de reflexionar sobre sí mismos y de desarrollar o participar en su propio cuidado. En estas suposiciones teóricas, la enfermería es fundamental y agrega valor social y científico a su conocimiento y su quehacer, capacitando a la atención en diferentes situaciones; distinguiéndose a sí mismo; y contribuyendo a un conocimiento específico junto con las otras ciencias de la salud (45).

Levine propuso en 1967 la teoría de la conservación de la energía y de la Enfermería holística, una enfermería clínica que entiende al paciente como cuerpo y mente, es decir, un "todo", dinámico e interactuando con un entorno dinámico. El propósito de la intervención de enfermería es la conservación de la energía, de la integridad estructural, individual y social, cada acción de enfermería, incluso si no tiene un resultado positivo (cura), debe considerarse terapéutica, ya que la adaptación está disponible. Es responsabilidad de la enfermera, entonces, repensar el plan de cuidados y buscar las causas que conducen a un resultado negativo. En los casos en que no es posible cambiar el curso de adaptación (un paciente con cáncer, por ejemplo), la intervención de enfermería debe ser de apoyo, buscando la promoción del bienestar del paciente, ya que no puede ayudar en la cura. Dentro de los objetivos están que la intervención de enfermería debe basarse en el conocimiento científico y el

reconocimiento de las respuestas orgánicas individuales, la intervención de enfermería tiene un sentido terapéutico cuando ejerce una influencia positiva en la adaptación o promueve el bienestar social (45).

Los individuos se definen por sus aspectos sociales, culturales, étnicos, religiosos y familiares, aspectos que a su vez influyen en el significado de la enfermedad, el tratamiento y el comportamiento durante el proceso de la enfermedad. En la práctica, observamos que la enfermería siempre incluía estos factores en sus intervenciones como educador y cuidador del ser y la mente. Cuando las enfermeras guían el tratamiento del paciente, participan en este tratamiento, proclaman la cura y afectan el comportamiento frente a la enfermedad. Si las enfermeras ayudan al individuo a reintegrarse en la familia, el grupo social y el trabajo después de superar la enfermedad, también están participando, influyendo y proclamando la recuperación del paciente (46).

La salud holística deriva del holismo. Se basa en combinar el conocimiento y las prácticas de salud adoptadas en Occidente y en Oriente, antiguo y moderno, buscando, sin embargo, acercarse a los seres humanos en sus dimensiones física, mental y espiritual y de acuerdo con una visión cósmica o universal (46).

5.1.5 Metaparadigma de enfermería

El metaparadigma de enfermería es la perspectiva que enmarca toda la holarquía del conocimiento de la disciplina, los conceptos del metaparadigma de enfermería según Fawcett (28) son los siguientes:

- Persona: Los individuos, familias o grupos en un contexto cultural.
- Salud: Los procesos de vivir o morir.
- Ambiente: Las personas y el entorno físico que las rodea, así como los lugares donde se realiza el encuentro con la enfermería
- Enfermería: Las acciones que realiza la enfermera en nombre de, o junto con las personas, y las metas o resultados de estas acciones.
- El proceso de enfermería abarca todas estas acciones.

Este metaparadigma se ha unificado según Newman en “el cuidado de la salud de las personas en donde se encuentren” (38).

Acerca del cuidado la legislación colombiana, la Ley 911 de 2004 en el artículo 3º señala, el acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión (47).

Históricamente el cuidado ha sido objeto de estudio y eje central de la profesión de enfermería, sin embargo, al ser un fenómeno que tiene múltiples perspectivas y definiciones se ha convertido en una dificultad poder demostrar que la enfermería es una disciplina independiente de las demás ciencias de la salud.

5.1.6 Instrumentos para evaluar el cuidado

Dentro de la revisión bibliográfica se revisaron instrumentos para evaluar el cuidado dentro de la profesión de enfermería, a continuación, se especifican las características de estos:

Care Q diseñado por Patricia Larson en 1984, con el objetivo 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. Consiste en la medición de 50 conductas del cuidado de la enfermera, dividida en seis subescalas: la accesibilidad (6 ítems), el prever (5 ítems) explicación facilitación (6 ítems), el confort (9 ítems), la relación de confianza (16 ítems), y el seguimiento por supervisión (8 ítems). El diseño del instrumento permite su adaptación a diferentes contextos. Ha sido adaptado y validado para la población colombiana (48) y se ha utilizado en diferentes poblaciones.

Caring Behaviors Assessment Tool (CBA), cuestionario de comportamientos en la medida del cuidado, diseñado en 1988 por Cronin y Harrison, basada en los planteamientos de Jean Watson 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. Ha sido utilizada y validada en español, en Chile, donde concluyeron que la versión en español de este instrumento es apropiada para abordar aspectos conductuales del cuidado (6).

Caring Ability Inventory, (CAI), instrumento de habilidad del cuidado, diseñado por Nkongho, Ngozi en 1990, 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 en tres subescalas llamadas conocimiento (14 ítems), coraje (13 ítems) y paciencia (10 ítems). Estos representan tres de los elementos de cuidado que presenta Mayeroff. Un estudio realizado en Bogotá demostró cualidades psicométricas aceptables en cuanto a su confiabilidad (49).

Cuidado de comportamiento profesional, elaborado por la Doctora Sharon Horner en 1989 - 1991, fue desarrollado con el objetivo de valorar la percepción de comportamiento de cuidado de las enfermeras y pacientes adultos hospitalizados; basándose, en el cuidado como la actividad, que le permite a la enfermera una característica personal y una herramienta terapéutica en la interacción enfermera - paciente; donde el comportamiento del cuidado expresado por los pacientes y las enfermeras, es importante; por lo tanto se debe considerar con el fin de mejorarlo. Este instrumento, especifica actitudes verbales y no verbales; en su mayoría, basadas en las relaciones interpersonales (5).

Caring Efficacy Scale, desarrollada por Carolie Coates para la medición y evaluación de programas de formación de enfermeras en la Universidad de Colorado, Estados Unidos, en 1992. El objetivo era evaluar la percepción de autoeficacia que tiene la enfermera/o para otorgar cuidados y relacionarse con sus pacientes como resultado de la aplicación del programa curricular basado en la Teoría de Autoeficacia de Bandura y en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Watson, en los diez factores relacionados con el cuidado; se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,88. La versión original del instrumento, realizada en el año 1980, se adaptó para ser aplicada en 1992, quedando constituida por 30 ítems de formato likert con intensidades de -3 a +3, balanceados en ítems positivos y negativos. En Chile le realizan la validación

transcultural, validez de contenido por expertos, validez de constructo midiendo la convergencia del instrumento con otro similar y la consistencia interna, la cual fue de 0,76 (4).

Los instrumentos descritos con anterioridad miden en general actitudes y comportamientos de cuidado de los profesionales de enfermería en la práctica, sin embargo, debido a que el interés particular de esta investigación es la percepción del concepto del cuidado de los profesionales de enfermería a continuación se describe el instrumento que se utilizará.

Escala para Evaluar el Significado del Cuidar, elaborada por la doctora R. Aparecida en el año 2002, basada en la clasificación de los conceptos de cuidado realizada por J. Morse y colaboradores en 1990 (9), a partir de un análisis de los supuestos subyacentes o explícitos de las perspectivas del cuidado (50).

Aquí hace referencia a uno de los trabajos de Janice Morse donde realizó un análisis comparativo de las conceptualizaciones y teorías del cuidado de enfermería, desde la perspectiva de diferentes autores, clasificándolas en 5 componentes a los que llamó perspectivas de la naturaleza del cuidado. A continuación, se describen cada una de estas perspectivas, dentro de las que J. Morse incluye los diferentes conceptos del cuidado:

- El cuidado como característica humana: En su clasificación del cuidado J. Morse menciona que para los autores de esta categoría el cuidado es parte de la naturaleza humana; común e inherente a todas las personas, es una característica universal, el cuidado generalmente se percibe como una característica constante que forma la base de la sociedad humana, se considera necesario para la supervivencia humana.

En esta categoría J. Morse resalta a Leininger con la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural, de los valores, expresiones y modelos, donde los cuidados enfermeros, basados en la cultura que son beneficiosos, saludables y satisfactorios contribuyen al bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades dentro del entorno y de sus contextos. Los cuidados enfermeros coherentes con la cultura y beneficiosos sólo se dan cuando la enfermera tiene

conocimiento y hace un uso adecuado en el entorno que corresponde (45). También resalta a Ray con la teoría del cuidado burocrático (7). Resume diciendo que es el cuidado que motiva las acciones de enfermería (9).

- El cuidado como un imperativo moral: Dentro de esta categoría J.Morse menciona que los teóricos de esta clasificación consideran el cuidado como una "virtud moral" donde los enfermeros están preocupados por el bienestar de las personas y por mantener la dignidad y respeto de estas. Dentro de los autores de esta categoría menciona a Watson quien considera que el cuidado es un ideal moral y que "las acciones de cuidado en sí mismas y las diversas formas en que se revela el cuidado no son tanto casos de cuidado en sí como aproximaciones del cuidado", plantea que el compromiso moral, la intencionalidad y la conciencia del profesional de enfermería protegen, fomentan y potencian la dignidad humana, la integridad y la curación, permitiendo a la persona, por tanto, crear o cocrear su propio significado de la existencia (45).

De igual manera cita a Gadow para resaltar que logra llevar la teoría del cuidado directamente al contexto de la práctica: "En la relación de cuidado, la enfermera considera y toca el cuerpo como la realidad inmediata y vivida del paciente" (9).

- El cuidado como afecto: En esta categoría J. Morse menciona que los autores describen el cuidado como una emoción, como un sentimiento de compasión o empatía por la persona, que motiva a la enfermera a cuidarla. Resalta que los autores sugieren que estos sentimientos deben estar presentes para que la enfermera se preocupe por la persona, lo que se refleja a su vez en que la enfermera puede experimentar la "carga emocional que surge como resultado del cuidado". Una parte del arte de la enfermería es la "capacidad de la enfermera para adquirir la habilidad de crear las formas que expresan el cuidado". Dentro de su análisis menciona a Forrest quien describe los medios por los cuales las enfermeras adquieren esta profundidad de sentimiento como "poder ponerse en la posición del paciente", lo que "permite a la enfermera" poner al paciente primero "tanto en la mente como en la

acción" (7), además, complementa esta categoría citando a McFarlane quien sostiene que la enfermería es "virtualmente sinónimo de cuidado". Resume esta perspectiva mencionando que el cuidado es una sensación de "preocupación, interés y supervisión con vistas a la protección", consiste en actos de "ayuda y asistencia", con actividades de la vida diaria que pueden ser simples o complejas (9).

- El cuidado como relación interpersonal: En esta categoría J. Morse clasifica a los autores que hablan del cuidado como un esfuerzo mutuo entre la enfermera y el paciente, cuando se produce el cuidado, ambas partes deben ser comunicativas, confiadas, respetuosas y comprometidas entre sí (9). La interacción recíproca significa que a medida que el paciente se enriquece, también lo hace la enfermera, dentro de los autores de esta categoría menciona a Horner, Knowlden y Weiss, quienes consideran que el cuidado es una interacción interpersonal con el paciente, integración de sentimientos y acciones en el encuentro de cuidado para que la intervención de enfermería que se administra cuidadosamente sea cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado, además cita a Benner y Wrubel para mencionar que definen el cuidado como pensamientos, sentimientos y acciones, que son similares a estar "conectados y preocupados" con el cliente, de manera que la atención "establece la posibilidad de dar y recibir ayuda" (7).
- El cuidado como intervención terapéutica: En esta categoría J. Morse clasifica a los autores que dentro de su perspectiva del cuidado hacen referencia al cuidado centrado en la persona cuidada, quien debe demostrar sus necesidades con el fin de que la enfermera pueda satisfacerlas, en ese momento la enfermería ocurre y la persona mejora. Para los autores de esta categoría las metas de la persona cuidada son primordiales y la atención de enfermería está dirigida a alcanzar esas metas (9). Esta categoría explora las competencias y habilidades de enfermería relacionadas con el cuidado, para lo cual J. Morse menciona a Gaut para referirse a que en esta perspectiva se considera que el cuidado es una "empresa humana intencional" y que "cualquier acción puede ser descrita como cuidado si y solo si el cuidador ha identificado una necesidad de cuidado y sabe qué hacer para cubrirla". Además, cita

a Brown para describir el cuidado como el "reconocimiento de cualidades y necesidades individuales" que la enfermera utiliza para modificar sus acciones de enfermería, dentro de estos están los patrones y el proceso de atención, para "adaptarse a las necesidades únicas de la persona". Dentro esta categoría los autores describen acciones de cuidado, tales como, "estar presente de manera tranquilizadora, proporcionar información, ayudar con el dolor, pasar tiempo con el paciente, promover la autonomía y observar al paciente". Finalmente J. Morse resalta a Orem con la Teoría del autocuidado al resaltar que el autocuidado es necesario para el mantenimiento de la vida, cuyo objetivo es regular las capacidades de los individuos para comprometerse en el autocuidado, de esa manera considera que el logro de un cuidado personal óptimo es esencial para el mantenimiento de la salud (7).

Para Morse los conceptos pueden ser formados por teoría o formadores de teoría (51), en este sentido para el desarrollo de la profesión de enfermería es fundamental tener claro el concepto de cuidado en la práctica profesional, que sea una guía en la realización del cuidado de manera integral.

Por consiguiente, contar con un instrumento que tenga el sustento teórico para medir el concepto del cuidado en la práctica profesional desde las diferentes perspectivas, posibilita un acercamiento de la teoría a la práctica de enfermería necesaria para fortalecer la disciplina y la práctica profesional.

La Escala para Avaliação do Significado do Cuidar (Escala de Evaluación del Significado del Cuidado) (50) fue diseñada y validada por la doctora en enfermería psiquiátrica Rosa Aparecida Pavan Bison, docente Universidad Sao Paulo, basada en las conceptualizaciones y perspectivas del cuidado, de Janice Morse y colaboradores (7). Es una escala ordinal de 44 enunciados con opciones de respuesta tipo Likert, la puntuación de la escala va de uno (totalmente en desacuerdo) a cinco (totalmente de acuerdo). Las categorías y sus ítems son los siguientes:

1. Cuidado como característica humana: 1, 3, 5, 6, 10, 13, 29, 34, 40
2. Cuidado como imperativo moral: 9, 14, 16, 21, 32, 35, 39, 44,
3. Cuidado como afecto: 2, 7, 8, 15, 20, 22, 28, 38, 42
4. Cuidado como relación interpersonal: 4, 17, 18, 23, 24, 26, 33, 36, 43
5. Cuidado como intervención terapéutica: 11, 12, 19, 25, 27, 30, 31, 37, 41

Fue construida en un estudio realizado en Brasil (2007), donde escogen 45 afirmaciones por tener índices de desempeño por factor mayor del 80% de concordancia total, el cual fue evaluado por un grupo de expertos. Así mismo, este cuestionario fue sometido a evaluación, por otro grupo de expertos, evaluando comprensión y pertinencia de las afirmaciones, realizando la validez de constructo del instrumento (8), según reporta la autora.

Posteriormente en el 2012, evalúan la consistencia interna de los datos, calculando el coeficiente alfa de Cronbach para cada constructo y la escala en su totalidad, definiendo valores mayores de 0,6. Los índices encontrados fueron: 0,62 para el cuidado como característica humana, 0,66 para el cuidado como imperativo moral, 0,63 para el cuidado como afecto y como relación interpersonal, 0,71 para el cuidado como intervención terapéutica; demostrando adecuada consistencia de los enunciados dentro de cada categoría del cuidado. En su totalidad el coeficiente fue de 0,74 verificando la consistencia interna del instrumento (50).

La reproducibilidad del instrumento fue medida a través del test – retest, aseguraron el anonimato en la segunda aplicación, midieron el grado de concordancia entre esas dos mediciones, a través de los porcentajes de concordancia observada que fueron del 94,3% - 96,1%, el coeficiente de correlación intraclase de 0,63 - 0,79 y el coeficiente de confiabilidad de Spearman de 0,78 - 0,88. Los resultados demostraron buena reproducibilidad del instrumento (50).

Esta escala fue creada en portugués, a pesar de haber sido traducida y utilizada en español en estudios realizados en Cuba (36), Perú (37) y Colombia (35), no citan ni mencionan su adaptación al español, ni validez en este idioma. Según Ramada-Rodilla y col (52) utilizar instrumentos de medida diseñados en otros idiomas, haciendo una simple traducción, puede dar resultados erróneos debido a la diferencia cultural de las personas a las cuales se aplique el cuestionario. Es por esta razón que es necesario, realizar la adaptación transcultural del instrumento y su validez, con el fin de contar con un instrumento que garantice una calidad adecuada de medición.

Con respecto al significado del cuidado para los profesionales de enfermería Baez-Hernández y colaboradores a partir de entrevistas y observaciones concluyeron que este se construye a través de factores, implicaciones, creencias, aplicaciones y actitudes hacia

las personas que cuidan por lo cual es importante tener en cuenta que cuidar implica compartir una experiencia a través de una relación transpersonal y de respeto (53).

Para los familiares de personas que sufrieron un traumatismo el cuidado de enfermería significa ayuda, educación y seguridad (3), contrario a esto los cuidadores de pacientes crónicos ven al profesional de enfermería como una persona con conocimientos, estatus y poder que está alejado del cuidado (54).

En cuanto a la Escala para la Evaluación del Significado del cuidado ha sido utilizada en Brasil (8) para comparar el significado del cuidado desde las diferentes perspectivas en profesionales de enfermería que se desempeñaban como docentes, enfermeros asistenciales, estudiantes de enfermería de último año y estudiantes de postgrado, evidenciando diferencias en el concepto del cuidado entre los grupos, demostrando que este concepto no está plenamente incorporado lo cual lleva a concluir que se requieren más estudios sobre el tema que permitan reflexionar sobre el concepto del cuidado durante el pregrado y la práctica profesional.

En este sentido un estudio realizado en Cuba (36), donde aplicaron el instrumento, a los mismos grupos de profesionales de enfermería, encontraron de igual manera discrepancias entre los grupos en cuanto al concepto del cuidado de los enfermeros y su aplicación en la práctica, lo cual sugiere que se haga una reflexión sobre la educación de los profesionales de enfermería que están en formación y los que ejercen la profesión.

Por otro lado, en un estudio realizado en Perú (37), aplicaron este mismo instrumento también evidenciaron diferencias entre los grupos estudiados, sin embargo, en este recomendaron que se fortalezcan las diferentes perspectivas del cuidado con el fin de que se fortalezca el cuidado humanizado del profesional de enfermería.

De igual manera en un estudio realizado en Colombia (35), aplicando este instrumento, identificaron que el autocuidado no hace parte de los elementos representativos del significado del cuidado, de igual manera los puntajes hacia el cuidado como imperativo moral y afecto fueron bajos lo cual revela la necesidad de reflexionar sobre las estrategias de formación empleadas para el abordaje de dimensión ética, afectiva y humanizada del cuidado en el programa de enfermería.

Teniendo en cuenta estos resultados y recomendaciones hace necesario evaluar el concepto de los profesionales de enfermería especialmente en el contexto colombiano donde el enfoque del profesional de enfermería en la práctica es administrativo.

5.2 Adaptación transcultural de medidas de autoinforme

El objetivo de esta medida de validez es alcanzar la equivalencia entre la versión original y las versiones específicas del cuestionario, los instrumentos no solo deben traducirse lingüísticamente, sino que también deben adaptarse culturalmente para mantener la validez del contenido de este en un nivel conceptual en diferentes culturas (55).

Para lograr esta adaptación se deben seguir unos pasos establecidos, hay diversas propuestas de este proceso, dentro de la literatura revisada no se encontró un consenso con respecto a esto, por lo cual se siguieron las recomendaciones de Beaton y col, basadas en una revisión de la adaptación intercultural en la literatura médica, sociológica y psicológica, diseñadas para alcanzar la equivalencia semántica, idiomática, experiencial y conceptual entre los cuestionarios de origen y de destino (55).

Dentro de estos pasos se encuentra: Traducción directa, síntesis de las traducciones, traducción inversa (retrotraducción), consolidación por un comité de expertos, prueba de la versión prefinal, envío de la documentación a los desarrolladores del instrumento; de cada uno de estos pasos se ampliará información en la metodología.

5.2.1 Fases de validación

La validez de un cuestionario sirve para conocer en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, según para lo que fue diseñado (56).

Se realiza de diferentes maneras buscando que tenga confiabilidad y validez, esto es que sea fiable, capaz de medir sin error, que pueda detectar y medir cambios, tanto entre individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo, que sea sencillo, viable, entendible por cualquier persona, adecuado para medir el fenómeno que se pretende medir, y que refleje la teoría del fenómeno o concepto que se busca medir (52).

6 Metodología

En este capítulo del documento se realizará una descripción detallada del proceso que se siguió para la adaptación transcultural y la validez del instrumento.

6.1 Tipo de estudio

Estudio con enfoque cuantitativo de tipo metodológico de adaptación y validación de instrumentos de medida de salud (56).

Al utilizar un cuestionario de autoinforme en un país diferente del que se haya validado y aplicado se debe realizar su adaptación transcultural con el fin de lograr la equivalencia entre la versión original y las nuevas versiones, para mantener la validez de contenido conceptualmente en diferentes culturas (55).

6.2 Criterios de rigor

Los criterios de rigor al interior de esta investigación se apoyan en los resultados de los métodos estadísticos que permiten generar la validez interna, Sin embargo, es importante considerar en el desarrollo de la investigación los siguientes sesgos:

- **Sesgos de selección:** Se siguieron los criterios de selección y exclusión tal como se propuso con anterioridad.
- **Sesgo de información:** El cuestionario fue auto administrado, en cada uno de los medios de recolección utilizados con el fin de que las respuestas no sean influenciadas por el investigador principal quien fue el encargado de realizar todo el proceso investigativo, se mantuvo la confidencialidad de la información y solo se utilizó para fines investigativos.

6.3 Fases de validación

Para esta fase de validación se seguirán las siguientes etapas:

6.3.1 Selección de la escala

Se seleccionó la Escala para Avaliação do Significado do Cuidar (Escala de Evaluación del Significado del Cuidado) (50), debido a que al aplicarla se logra el objetivo de conocer la perspectiva de los enfermeros acerca del concepto del cuidado, es un instrumento con un sustento teórico aplicable y comprensible, además, se cuenta con la autorización de la autora para poder utilizarlo, ver Anexo A.

Esta escala fue creada en portugués, ver Anexo B, a pesar de haber sido traducida y utilizada en español en estudios realizados en Cuba (36), Perú (37) y Colombia (35), no citan ni mencionan su adaptación al español, ni validez. Por lo cual, para el presente estudio se realizará la adaptación, validez y confiabilidad de esta.

6.3.2 Adaptación transcultural de las medidas de autoinforme

En la literatura existen diferentes recomendaciones con respecto a este proceso, el presente trabajo investigativo se basó en una revisión de adaptación intercultural de la literatura médica, psicológica y sociológica realizada por Beaton D y colaboradores (55), para lo cual se siguieron las siguientes etapas:

6.3.2.1 Traducción directa

El primer paso es la traducción del instrumento del idioma de origen al idioma destino, la recomendación es realizar por lo menos dos traducciones, con el fin de poder compararlas, observando discrepancias y similitudes en las dos versiones de la traducción. Los traductores deben ser bilingües cuya lengua materna es el idioma de destino, cada uno realiza la traducción de manera independiente. Además, deben tener diferentes perfiles, uno de ellos debe tener conocimientos acerca del tema, el otro no debe conocer los conceptos del cuestionario ni los objetivos del estudio, esto con el fin de obtener una traducción que muestre el lenguaje coloquial utilizado por la población destino.

Para este paso se solicitó la colaboración de dos traductores colombianos cuya lengua nativa es el español de Colombia con competencia escrita y oral del idioma original de la escala (portugués), uno de ellos enfermero, el otro odontólogo, ambos con formación doctoral en Brasil, con conocimiento de ambas culturas y con diferente

perspectiva. Se les envió la escala original, realizaron trabajo independiente, entregaron la traducción de la escala especificando las dificultades y ambigüedades del proceso de traducción, ver Anexo D.

6.3.2.2 Síntesis de las traducciones

Los dos traductores junto con la investigadora principal y la asesora de la investigación se reúnen para sintetizar los resultados de las traducciones, desde la versión original y las versiones de los traductores, identifican similitudes y diferencias, con el fin de realizar una síntesis de estas traducciones, generando una traducción común, de lo cual se debe realizar un informe detallado que documenta el proceso de síntesis.

Se realizó la reunión mencionada entre los traductores, la investigadora principal y la asesora de la investigación, se compararon las versiones traducidas y se llegó a un consenso. Generando un informe donde se documentó el proceso de síntesis, ver Anexo H.

En general las diferencias encontradas fueron pocas, como un ejemplo de estas a continuación se puede observar en la Tabla 1 se presentan las versiones de las dos traductoras y la primera versión en español que se obtiene junto con las razones por las cuales se tomaron las decisiones, de 3 de los ítems modificados.

Tabla 1: Ejemplo de síntesis de traducciones

| Traductor 1 | Traductor 2 | Síntesis | Consenso |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Habitualmente busco realizar una alimentación equilibrada. | Habitualmente intento hacer una alimentación equilibrada. | Habitualmente trato de realizar una alimentación equilibrada. | Se define que a nivel semántico es más entendible para el lenguaje cotidiano de la población colombiana. |
| El que cuida debe saber lo que piensa el paciente sobre sus propias necesidades. | Quien cuida debe saber lo que el paciente piensa sobre sus propias necesidades. | Quien cuida debe saber lo que el paciente piensa sobre sus propias necesidades. | Se define “quien”, y se retira “que”, por semántica de la frase, para que sea más comprensible en el contexto colombiano. |
| El código de ética debe ser colocado | El código de ética debe ser puesto en práctica al cuidar. | El código de ética debe ser puesto en | Se reorganiza la frase para que sea |

| | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|
| en práctica en el cuidado. | práctica en el cuidado. | más entendible en el contexto colombiano. |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|

6.3.2.3 Traducción inversa (retro-traducción)

La versión en español generada del paso anterior se envía a un traductor que no tenga conocimiento de la versión original, ni del tema o la investigación que se está realizando, debe ser bilingüe, cuya lengua materna sea el idioma original del instrumento, esto con el fin de traducir el cuestionario nuevamente al idioma original. Este paso se realiza para verificar la validez de la traducción, asegurarse de que la versión traducida refleja el mismo contenido que la versión original, y asegurar una traducción consistente.

Se invita a participar a una traductora brasileña cuya lengua nativa es el portugués de Brasil con competencia escrita y oral del español de Colombia, vive en Colombia actualmente y se desempeña como traductora y profesora de portugués, se le envía a través de correo electrónico la versión en español que se tiene hasta el momento a partir de la cual realizó una traducción hacia el portugués. Con el fin de evitar el sesgo de información esta persona no tiene conocimiento previo acerca del tema ni del cuestionario original, según las recomendaciones. Ver Anexo L.

6.3.2.4 Consolidación por un comité de expertos

El objetivo de este comité es lograr la equivalencia intercultural. Este comité debe estar conformado por profesionales de enfermería, conocedores del tema que tengan experiencia en la metodología o investigativa y con formación magíster o doctoral.

El rol del comité de expertos es consolidar lo que se consideraría la versión prefinal del cuestionario, logrando la equivalencia entre la versión de origen y la de destino y que esta versión sea comprensible en la población donde se va a aplicar el cuestionario.

Para este paso se invitó a participar de este proceso a 11 expertos, de los cuales respondieron 8; los criterios de inclusión fueron enfermeros con formación magíster o doctorado con trayectoria académica, experiencia investigativa o experiencia en validez de instrumentos, ver Anexo I. Se envió por correo electrónico la escala original y la versión en español consolidada, además del link para acceder a un formulario de Google donde evaluaron la equivalencia semántica, idiomática, experiencial y conceptual de la versión

en español de la escala con la original en portugués, definiendo en cada ítem si estaban de acuerdo, de acuerdo pero con modificaciones o en desacuerdo, se incluyó el nombre de la escala, las indicaciones y las opciones de respuesta.

La evaluación de los datos recolectados en este paso se realizó calculando el índice de Lawshe modificado por Tristan (58), para el cálculo de este índice se asignó a las respuestas de acuerdo el valor 1, para las respuestas de acuerdo pero con modificaciones y en desacuerdo el valor 0, al obtener los resultados los ítems con un índice de concordancia menor a 0,5823 deben ser modificados, según este valor y siguiendo las recomendaciones generales de los expertos se modificaron algunos ítems, con el fin de alcanzar una versión de la escala en español que sea comprensible semántica y culturalmente en este medio.

De los 44 ítems evaluados 5 tuvieron un índice de concordancia menor de 0,5823 por lo cual fueron modificados, de los 39 restantes se modificaron 25 con el fin de realizar la adecuación semántica.

Los resultados se basan en el índice de Lawshe modificado (58), la recomendación es que los ítems que tengan un valor menor a 0,5823 deben ser revisados para definir si requiere modificaciones o no son necesarios dentro del instrumento.

Como se puede observar en la Tabla 2 los ítems 1, 6, 22, 27 y 33 presentan un índice de Lawshe modificado menor de 0,5823 por lo cual se modificaron teniendo en cuenta las recomendaciones de los expertos, de igual manera a pesar de que el título, las indicaciones y los ítems 2, 3, 4, 5, 7, 8, 13, 17, 18, 19, 21, 24, 26, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 41 y 43, tuvieron valores mayores, fueron modificados siguiendo las recomendaciones generales con el fin de que los ítems del cuestionario tuvieran mayor uniformidad, obteniendo una segunda versión en español de la EESC.

Tabla 2: Resultados adaptación transcultural-índice Lawshe modificado

| | Validez Semántica | Validez Idiomática | Validez Experiencial | Validez Conceptual |
|--------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| TITULO | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 |
| INDICACIONES | 1 | 1 | 1 | 1 |
| RESPUESTAS | 0,875 | 0,875 | 1 | 1 |
| ITEM 1 | 0,5 | 0,75 | 0,75 | 0,75 |
| ITEM2 | 0,75 | 0,75 | 0,875 | 0,875 |
| ITEM3 | 0,625 | 0,625 | 0,75 | 0,75 |
| ITEM 4 | 0,875 | 0,875 | 1 | 1 |
| ITEM 5 | 0,75 | 0,75 | 0,875 | 0,875 |
| ITEM 6 | 0,375 | 0,75 | 0,875 | 0,625 |
| ITEM 7 | 0,875 | 0,875 | 0,875 | 0,875 |
| ITEM 8 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 9 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 10 | 0,875 | 0,875 | 0,875 | 0,875 |
| ITEM 11 | 0,875 | 0,875 | 0,75 | 0,75 |
| ITEM 12 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 13 | 0,75 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 14 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 15 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 16 | 0,875 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 17 | 1 | 1 | 0,875 | 0,875 |
| ITEM 18 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 |
| ITEM 19 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 20 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 21 | 0,75 | 0,875 | 0,875 | 0,75 |
| ITEM 22 | 0,375 | 0,5 | 0,625 | 0,5 |
| ITEM 23 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 24 | 0,75 | 0,875 | 0,875 | 0,75 |
| ITEM 25 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 26 | 0,75 | 0,875 | 0,875 | 0,875 |

| | | | | |
|---------|-------|-------|-------|-------|
| ITEM 27 | 0,5 | 0,5 | 0,625 | 0,5 |
| ITEM 28 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 29 | 1 | 0,875 | 0,875 | 0,875 |
| ITEM 30 | 0,75 | 0,625 | 0,75 | 0,75 |
| ITEM 31 | 0,875 | 1 | 0,875 | 0,875 |
| ITEM 32 | 0,875 | 1 | 1 | 0,875 |
| ITEM 33 | 0,375 | 0,625 | 0,625 | 0,5 |
| ITEM 34 | 0,875 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 35 | 0,75 | 0,875 | 0,75 | 0,75 |
| ITEM 36 | 0,75 | 1 | 0,875 | 1 |
| ITEM 37 | 0,75 | 0,875 | 1 | 1 |
| ITEM 38 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 39 | 1 | 0,875 | 0,875 | 0,875 |
| ITEM 40 | 0,75 | 0,875 | 0,875 | 0,875 |
| ITEM 41 | 1 | 0,875 | 0,875 | 1 |
| ITEM 42 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITEM 43 | 0,75 | 0,875 | 0,625 | 0,75 |
| ITEM 44 | 1 | 0,875 | 0,875 | 1 |

Dentro de las modificaciones que se realizaron según las indicaciones de los expertos estuvo homogenizar el sustantivo utilizado para referirse a las personas cuidadas en cuyo caso se decide dejar paciente debido a que este término es el más utilizado en nuestro contexto cultural y para referirse a las personas que cuidan, se decide dejar profesional de enfermería debido a que en el contexto colombiano el personal de enfermería cuenta con auxiliares y profesionales de enfermería, este cuestionario busca finalmente conocer la perspectiva del profesional de enfermería.

En cuanto a los ítems que puntuaron bajo, el índice de validez de contenido (ICV), los cambios se realizaron teniendo en cuenta las recomendaciones de los expertos con el fin de alcanzar mayor comprensión en el contexto aplicado, algunos de estos cambios se encuentran en la Tabla 3 las modificaciones de expertos en la adaptación transcultural.

Tabla 3: Modificaciones de expertos en la adaptación transcultural

| Ítems 1º versión en español | Ítems modificados según las recomendaciones |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mantener sus propias uñas cuidadas es importante | Mantener las uñas ordenadas es importante dentro del cuidado personal. |
| Habitualmente trato de realizar una alimentación equilibrada | Habitualmente trato de tener una alimentación equilibrada. |
| De forma impersonal, el enfermero cuida mejor | El profesional de enfermería cuida mejor cuando lo hace de manera impersonal. |
| La percepción que el cliente tiene del enfermero interfiere en el cuidado | La percepción que el paciente tiene sobre el profesional de enfermería interfiere en el cuidado. |
| Para cuidar, el enfermero utiliza procedimientos metódicos | Para llevar a cabo el cuidado, el enfermero utiliza procesos metodológicos. |

En el Anexo K se encuentran las modificaciones realizadas a cada ítem y las razones por las cuales se realizaron, siguiendo las recomendaciones de los expertos.

6.3.3 Pruebas de validez

Las pruebas de validez exploran en qué medida un instrumento sirve para lo que fue diseñado. En el presente trabajo investigativo se realizó validez de contenido, facial y de constructo.

6.3.3.1 Validez de contenido por un panel de expertos

Se invitó a 12 expertos a participar en el proceso de validez de los cuales 10 aceptaron participar, enfermeros, magister o doctores con más de 5 años de experiencia asistencial, académica, administrativa o investigativa, el perfil de estos expertos se puede observar en el Anexo J. Se envió un formulario de Google, a través de correo electrónico, como primer paso se solicitó su autorización para participar en el estudio por medio de consentimiento informado, al aceptarlo se continuó a un formulario de Google donde cada experto emitió su concepto, en cada ítem, en tres categorías: esencial, útil pero no esencial o no necesario, con relación a la categoría del cuidado que el ítem pretende medir (57). Se calculó el índice de Lawshe modificado o índice de validez de contenido (ICV) para cada ítem, para lo cual se asignó un 1 a las respuestas que los expertos

consideraron esenciales y un valor de 0 para las que consideraron útil pero no esencial y no necesario. En la Tabla 4, se observa que los ítems 1,2 y 34 obtienen una puntuación menor a 0,5823 por lo cual se decide retirarlos del cuestionario. Además, se calcula el índice de validez de contenido (ICV) para la escala en total el cual es de 0,89 lo cual indica que hubo un alto grado de acuerdo entre los expertos, con respecto a la validez de contenido de la versión en español de la EESC (57), dando origen a la versión prefinal de la Escala de Evaluación del Significado del Cuidado (EESC) en español.

Tabla 4: Resultados de la validez de contenido según el Lawshe modificado

| Categoría | Ítem | CV |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| El cuidado como característica humana | 1. Mantener las uñas ordenadas es importante dentro del cuidado personal. | 0,5 |
| | 3. Reconozco y atiendo las alteraciones de mi salud. | 0,9 |
| | 5. Tengo un sueño reparador todos los días. | 0,8 |
| | 6. Habitualmente trato de tener una alimentación equilibrada. | 0,8 |
| | 10. La apariencia personal es importante para el cuidado | 0,8 |
| | 13. El autocuidado del cuerpo es importante. | 0,9 |
| | 29. Yo me cuido practicando actividad física | 0,8 |
| | 34. Habitualmente, utilizo el recurso de la automedicación | 0,4 |
| | 40. Reservar tiempo para el ocio es importante. | 0,7 |
| El cuidado como imperativo moral | 9. Cuidar es un acto de compasión | 0,9 |
| | 14. Cuidar implica el compromiso de un ser humano con otro. | 1 |
| | 16. Me gusta ser enfermero/a | 1 |
| | 21. Cuidar lleva implícito el valor del servicio. | 1 |
| | 32. El cuidado de enfermería es muy significativo para quien lo recibe. | 0,9 |
| | 35. Durante el cuidado el profesional de enfermería debe actuar con responsabilidad, respeto y honestidad. | 1 |
| | 39. La relación de confianza entre el paciente y el profesional de enfermería es necesaria para el cuidado. | 1 |
| | 44. Cuidar es señal de solidaridad | 1 |
| El cuidado como afecto | 2. El profesional de enfermería no debe expresar sus sentimientos al realizar los cuidados. | 0,5 |
| | 7. El profesional de enfermería debe ser imparcial al cuidar. | 1 |
| | 8. La ternura es importante en el acto de cuidar | 1 |
| | 15. Cuidar implica afecto | 1 |
| | 20. Cuidar implica gentileza | 1 |
| | 22. El profesional de enfermería cuida mejor cuando lo hace de manera impersonal. | 0,6 |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| | 28. La educación debe hacer parte del cuidado de enfermería. | 1 |
| | 38. Cuidar implica delicadeza | 1 |
| | 42. Quien cuida debe estar bien consigo mismo | 0,9 |
| El cuidado como relación interpersonal | 4. Cuidar exige competencias. | 1 |
| | 17. Cuidar implica el manejo adecuado de las situaciones que se presentan en la interacción con las personas. | 0,9 |
| | 18. El profesional de enfermería debe estar de buen humor para llevar a cabo el cuidado. | 0,8 |
| | 23. El cuidado exige destreza | 1 |
| | 24. Cuidar implica demostrar interés por la persona que se cuida. | 1 |
| | 26. Para la realización del cuidado se deben seguir los protocolos y las normas institucionales. | 0,8 |
| | 33. Para llevar a cabo el cuidado, el enfermero utiliza procesos metodológicos. | 0,8 |
| | 36. La comunicación es esencial para llevar a cabo el cuidado de enfermería. | 1 |
| | 43. Para cuidar, el enfermero debe tener intuición. | 0,8 |
| El cuidado como intervención terapéutica | 11. Quien cuida debe conocer lo que el paciente piensa sobre sus propias necesidades. | 1 |
| | 12. La relación de empatía con el otro es importante en el cuidado. | 1 |
| | 19. El profesional de enfermería debe ser organizado al brindar los cuidados. | 1 |
| | 25. El cuidado debe ser planeado | 1 |
| | 27. La percepción que el paciente tiene sobre el profesional de enfermería interfiere en el cuidado. | 0,8 |
| | 30. El buen cuidado demanda competencia técnica. | 1 |
| | 31. El cuidado debe estar guiado por la ética. | 1 |
| | 37. Cuando cuido a la persona tomo en cuenta sus derechos y deberes como ciudadano/a. | 1 |
| 41. Para el cuidado el profesional de enfermería debe tener en cuenta los valores del paciente. | 1 | |
| ICV Total | | 0,89 |

6.3.3.2 Prueba piloto de la versión pre-final:

En esta etapa se recomienda aplicar la versión prefinal a las personas a quienes va destinado el cuestionario, en este caso profesionales de enfermería, con el fin de evaluar el proceso de adaptación, la comprensión y precisión de cada ítem y las instrucciones para responder el formulario.

Para la selección de los participantes se tomó una muestra a conveniencia donde se envió el formulario a personas conocidas por el investigador principal haciendo una invitación previa a través de correo electrónico o por el medio telefónico a participar del

estudio, solicitando que ellos enviaran este formulario, de igual manera a personas conocidas, en total se envió la invitación a 30 personas de las cuales participaron 25 enfermeros que se desempeñaban en cargos asistenciales, administrativos y docentes, para evaluar la calidad de la traducción y la adaptación transcultural, con el objetivo de conocer si la nueva versión era aplicable. Los participantes respondieron la encuesta a través de un formulario de Google, al iniciar la encuesta estaba el consentimiento informado, ver Anexo C, al aceptarlo iniciaban el diligenciamiento del formulario donde evaluaron por cada ítem la pregunta por claridad y precisión, a lo cual respondían con opción de “SI” ó “NO”, para realizar el cálculo se asignó un valor de 1 a “SI” y 0 a “NO”; en el ítem donde la pregunta daba una inclinación de respuesta determinada se estableció 1 para “NO” y 0 a “SI”; posteriormente se utilizó una medida de concordancia simple, en el caso de obtener una concordancia menor al 80% se debía reformular el ítem.

6.3.3.3 Envío de la documentación a los desarrolladores y/o comité de expertos para evaluación del proceso de adaptación

En esta etapa del proceso se presentan todos los informes y formularios al desarrollador del instrumento para que realice un seguimiento de la versión traducida, con el fin de que haga una auditoría del proceso, verificando que se hayan seguido los pasos y realizado los informes necesarios.

Se realizó un informe general acerca del proceso que se siguió para la adaptación transcultural donde se explican los pasos y resultados de este a la desarrolladora del instrumento, junto con la versión final con la cual se realizó la validez de constructo para finalizar el proceso de adaptación transcultural (56).

6.3.3.4 Validez facial

Para este proceso se utilizó la información obtenida por la encuesta que se realizó a los 10 expertos que participaron en la validez de contenido, a estos se les preguntó acerca de la claridad, con las opciones de respuesta: A) el ítem no es claro, B) el ítem requiere una modificación para facilitar su comprensión y C) el ítem es claro, está redactado de manera tal que permite su fácil y rápida comprensión; para realizar el

cálculo estadístico se le asignó a la opción C el valor de 1 y a las otras dos opciones (A y B) el valor de 0. De igual manera se les preguntó acerca de la precisión, con las opciones de respuesta: A) el ítem no es preciso, B) el ítem requiere una modificación para mejorar su exactitud y C) el ítem es preciso, está redactado de forma puntual; para realizar los análisis estadísticos se asignó 1 a la opción C y 0 para las demás opciones (A y B). Finalmente, se les preguntó acerca de la comprensión con las opciones de respuesta: A) el ítem no es comprensible, B) el ítem requiere una modificación para mejorar la interpretación de lo que se desea decir y medir, y C) el ítem es comprensible, se interpreta y entiende su significado, para los análisis estadísticos a la opción C se le asignó 1 y a las otras dos opciones (A y B) el valor de 0.

6.3.4 Validez de constructo y consistencia interna

Con la versión final del cuestionario se continuó la aplicación de este para realizar la validez de constructo y la consistencia interna, con el fin de obtener un instrumento preciso para medir la percepción del concepto del cuidado en los enfermeros. Para este proceso se tuvo en cuenta lo siguiente:

6.3.4.1 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por enfermeros que en el momento de llenar la encuesta se desempeñaban en el área asistencial, administrativa o docente.

6.3.4.2 Tamaño de la muestra:

Se siguió la recomendación de Gorsush referenciado por Lloret donde menciona que al menos 200 es una muestra considerable (58). Para el presente estudio la muestra quedó conformada por 207 participantes, cumpliendo con la recomendación mencionada.

Los participantes cumplieron los criterios de inclusión: 1) Ser mayor de edad y 2) Ser enfermero que se desempeñe en área asistencial, administrativa, docente o investigativa.

Dentro de los criterios de exclusión estaban: 1) No aceptar participar y 2) Instrumentos mal diligenciados o con más de 5 ítems vacíos. Para este último numeral

en el desarrollo del estudio no fue necesario excluir ningún instrumento porque fueron diligenciados en su totalidad.

6.3.4.3 *Recolección de los datos*

La escala fue auto administrada, el contacto con los participantes se realizó a través de correos electrónicos, donde se envió la invitación a participar del estudio, por medio de un enlace con el cual accedían al formulario de Google, luego de leer y aceptar el consentimiento informado, tuvieron acceso a la encuesta.

Debido a la premura en la recolección de la información, como mecanismo de acercamiento a los participantes se utilizó el recurso de asociación colaborativa.

Se solicitó al consejo de la Facultad de Enfermería, donde se realizó la formación académica, difundir la encuesta a través de la base de datos de sus egresados, por medio del departamento de comunicaciones, quien mantendrá el principio de protección de datos; esta oficina difundió la encuesta con los egresados por medio de correos electrónicos donde pudieron acceder al formulario de manera virtual.

Durante todo el proceso investigativo se garantiza la confidencialidad de la información asignando un código a las encuestas diligenciadas por los participantes de tal manera que no se utilizó el nombre de ellos.

6.3.4.4 *Instrumento de recolección de datos*

El instrumento utilizado en este paso del proceso estuvo conformado por dos partes. La primera de información general que contiene: datos sociodemográficos, académicos, experiencia profesional y laboral, esta información más ampliada se puede encontrar en la Tabla 5 en el cuadro de operacionalización de variables; y la segunda parte fue la versión en español de la Escala para la Evaluación del Significado del Cuidado generada de la adaptación transcultural realizada previamente.

Tabla 5: Operacionalización variables, instrumento utilizado para la validez de constructo y consistencia interna

| VARIABLE | DEFINICIÓN | OPERACIONALIZACIÓN | TIPO DE VARIABLE |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| EDAD | Años de vida que tiene el profesional | Años cumplidos que tiene el profesional al momento de aplicar la encuesta | Cuantitativa Discreta |
| SEXO | Género al que pertenece o se reconoce el profesional | 1= Hombre 2= Mujer | Cualitativa Nominal |
| ESTADO CIVIL | Situación civil del profesional al momento de realizar la encuesta | 1= Soltero 2= Casado 3= Unión libre 4= Separado 5= Viudo | Cualitativa Nominal |
| AÑO DE GRADUACION DEL PREGRADO | Año en el que el profesional se graduó del pregrado | Año en el que el profesional se graduó del pregrado | Cuantitativa Discreta |
| NIVEL DE FORMACIÓN DE POSGRADO | Máximo nivel de formación de posgrado | 1= Especialización 2= Maestría 3= Doctorado 4= Ninguno | Cualitativa Nominal |
| AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL | Años de experiencia del profesional | Años cumplidos de experiencia del profesional, desde la fecha de graduación del pregrado hasta el momento de aplicar la encuesta | Cuantitativa Discreta |
| INSTITUCION DONDE LABORA ACTUALMENTE | Nombre de la institución donde labora actualmente el profesional | Nombre de la institución donde labora el profesional de enfermería en el momento de aplicar la encuesta | Cualitativa Nominal |

| | | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ÁREA DE DESEMPEÑO ACTUAL | Área donde el profesional se está desempeñando al momento de aplicar la encuesta | 1= Asistencial 2= Docencia 3= Investigación 4= Administrativo 5= Asistencial, Docencia 6= Asistencial, Administrativo 7= Asistencial, Docencia, Investigación, Administrativo 8= Docencia, Administrativo 9= Docencia, Investigación 10= Docencia, Investigación, Administrativo | Cualitativa Nominal |
| AÑOS EN EL AREA DE DESEMPEÑO ACTUAL | Años que el profesional lleva en el área de desempeño actual | Años que el profesional lleva en el área de desempeño actual en el momento de aplicar la encuesta | Cuantitativa Discreta |
| ÁREAS DE DESEMPEÑO DURANTE LA VIDA PROFESIONAL | Áreas de desempeño durante la vida profesional hasta el momento de aplicar la encuesta | 1= Asistencial 2= Docencia 3= Investigación 4= Administrativo 5= Asistencial, Docencia 6= Asistencial, Administrativo 7= Asistencial, Docencia, Investigación, Administrativo 8= Docencia, Administrativo 9= Docencia, Investigación 10= Docencia, Investigación, Administrativo | Cualitativa Nominal |

| | | | |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| SIGNIFICADO DEL CUIDAR | Evaluar el significado del cuidar para el personal de enfermería desde las diferentes perspectivas del concepto | Esta variable se medirá con 41 aspectos considerados en la escala de evaluación que será aplicada a profesionales de enfermería. La puntuación de los ítems va de 1 a 5 con las siguientes categorías: 1= Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= En duda 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo | Cualitativa Ordinal |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|

6.3.4.5 *Tabulación de datos:*

Los datos se ingresaron al programa Microsoft Excel y posteriormente se exportó la información al programa IBM SPSS Statistics versión 25.0.

6.3.4.6 *Plan de análisis de datos*

El grado de consistencia en que un instrumento mide lo que realmente debe medir, es cuando los resultados son comparables en situaciones similares, para esto se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

➤ **Análisis descriptivo:**

Este análisis se realizó a partir de la información general obtenida de la primera parte del cuestionario donde a las variables cuantitativas se les calculó la media, mediana, desviación estándar y el rango; para las variables cualitativas frecuencias y porcentajes.

➤ **Consistencia interna**

Se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach que mide consistencia interna para instrumentos con respuestas politómicas, las recomendaciones de Campo que refiere que son aceptables valores de 0,7 - 0,9 (59) y las de Godoy Et al.

➤ **Validez de constructo: Análisis factorial exploratorio**

Este tipo de validez está enfocada en el análisis de la estructura interna de un instrumento, con el objetivo de definir grupos de variables (factores) que estén altamente correlacionadas entre sí (60), evaluando el grado en que las relaciones entre los ítems y los componentes del cuestionario conforman el constructo que se quiere medir (61).

Teniendo en cuenta que este instrumento ya ha sido utilizado en varios escenarios (34–37), que la misma autora de este propone una estructura

conformada por dimensiones o categorías y que dicho análisis se presenta en el contexto de un proceso de validación transcultural. Se decide en el marco de un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) darle la oportunidad de tener una “aproximación confirmatoria” (62) a la estructura planteada. Esto se puede lograr, como lo menciona Mendez Et al. (61) y Hair Et al. (63), considerando como método para elegir el número de factores, los propuestos por la autora del cuestionario. Así mismo, en las revisiones de literatura hechas en este estudio no se encontró evidencia del modelo que orientó la construcción del instrumento y definición de los ítems, por lo cual este análisis factorial se realiza siguiendo las recomendaciones de Elosua y Egaña (60) con las características antes mencionadas.

Este análisis está conformado por las siguientes etapas:

- Supuestos: Antes de realizar el análisis factorial se debe realizar una evaluación del supuesto de correlación entre las variables, el cual está basado en el supuesto de normalidad. Esto se realiza para conocer si los datos pueden ser sometidos al análisis factorial exploratorio, se deben aplicar al menos dos métodos estadísticos para verificar si se puede hacer el AFE. Para el presente estudio los datos fueron sometidos a la prueba de esfericidad de Bartlett con la cual se rechaza la hipótesis nula de que no existe correlación entre las variables, al rechazar la hipótesis se evidencia que existe un grado de correlación entre las variables, se alcanza con $p < 0,05$. También se aplicó el índice de Kaiser Meyer Olkin (KMO) con el cual se evalúa la fuerza de la relación entre dos ítems, contrastando la fuerza de correlación parcial entre estos luego de remover las de los otros ítems, con los coeficientes de correlación observados, este valor debe ser mayor de 0,7 para que los datos se consideren meritorios para un AFE (60,61).

- Extracción factorial: Para este estudio se realizó un análisis de componentes principales. Para establecer el número de factores a extraer se decide forzar la extracción a 5 factores teniendo en cuenta la categorización del cuidado

que la autora del instrumento plantea que mide la escala, como se mencionó anteriormente (61).

- Rotación factorial: Para este estudio se realizó una rotación varimax, para maximizar las ponderaciones a nivel de cada factor, esperando que cada ítem sea representativo de un solo factor, con el fin de minimizar el número de variables de cada uno.

6.4 Consideraciones éticas

Esta investigación fue evaluada por el comité de ética de investigación de la facultad de enfermería de la Universidad de Antioquía, obteniendo su aval en el acta Nª CEI-FE 2019-21, garantizando la protección de los derechos de los participantes en la investigación.

Esta investigación está regulada por resolución 8430 de 1993 por la cual establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, desde la normativa este estudio se define sin riesgo descrito como:

los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (64).

Además, esta investigación establece proteger los derechos de los participantes, con respecto a la confidencialidad, el respeto a la dignidad, y a la autonomía. Por lo cual los participantes tuvieron conocimiento acerca de los objetivos del estudio, el uso de esta información solo para fines académicos en el contexto de esta investigación y aceptaron de forma voluntaria su participación a través del consentimiento informado.

Dentro del proceso investigativo se mantuvo el principio de autonomía de todos los participantes, se les dio a conocer toda la información acerca de los

diferentes procesos en los cuales participaron dentro de la investigación, podían elegir libremente si participar o no de esta, además de retirarse en cualquier momento, de igual manera podían dar su opinión libremente independientemente de sus creencias o valores personales.

De igual manera se mantuvo el principio de justicia debido a que todos tuvieron acceso a la misma información, pudieron utilizar el tiempo que cada uno necesitó para responder las encuestas, sus respuestas tuvieron el mismo valor para la presente investigación, manteniendo la veracidad y confidencialidad de estas.

En cuanto al principio de beneficencia durante el proceso investigativo se mantuvo el respeto a la dignidad de los participantes, los datos se trataron de manera confidencial, respetando las opiniones de los participantes, de igual manera se dará a conocer los resultados de la investigación.

Los participantes no recibieron ningún beneficio económico y su retribución en la participación del estudio se reflejó en la adaptación de la escala para la evaluación del significado de cuidado y con ello generar futuras investigaciones relacionadas con el tema de la profesión de enfermería y el cuidado.

Además, una vez finalizada la investigación se realizará una socialización de los resultados en una reunión académica de la facultad de enfermería donde se realizó el proceso formativo con el fin de realizar la devolución de la información, de igual manera con la retribución a la facultad de enfermería donde se está llevando a cabo el proceso formativo será la socialización de los resultados obtenidos con los datos que se generen a través de la oficina de comunicaciones de la institución.

La asociación colaborativa con la facultad de enfermería para este proceso de investigación no tendrá participación en la propiedad intelectual que será solamente de la investigadora principal como parte del proceso de formación de la maestría de enfermería, cursada. Se reconoce esta contribución en los agradecimientos del presente trabajo.

7 Resultados

7.1 Adaptación transcultural

Se realiza la adaptación transcultural siguiendo las fases recomendadas por Beaton D y colaboradores (55), en la metodología se explica ampliamente lo que corresponde a: la traducción inicial; la síntesis de traducciones; la retrotraducción y la consolidación por un comité de expertos; así como también se detalla la validez de contenido por un panel de expertos.

7.2 Pruebas de validez

Continuando con las pruebas de validez, se realizó validez de contenido por un grupo de expertos, la cual se describió en la metodología, validez facial, con la prueba de la versión prefinal se complementa la adaptación transcultural, y finalmente validez de constructo aplicando el instrumento a 207 profesionales de enfermería del ámbito asistencial, administrativo, docente e investigativo.

7.2.1 Prueba piloto de la versión pre-final:

Luego de realizar la validez de contenido del instrumento, se continua con la prueba piloto en la cual participaron 25 enfermeros que cumplían con los criterios de inclusión, todos los instrumentos fueron diligenciados en su totalidad por lo cual se incluyeron en la prueba piloto.

De estos 25 enfermeros el 84% fueron mujeres, 16% hombres, con relación al estado civil el 40% solteros, 36% casados, en cuanto al nivel posgradual el 52% contaban con especialización, el 16% con maestría, 4% doctorado, el 28% no tenían postgrado. En cuanto a la institución donde laboran el 68% se desempeñaban en el ámbito hospitalario, el 20% en instituciones educativas, un 8% en instituciones del gobierno y 4% eran trabajadores independientes, en la Tabla 6 se puede ver con mayor detalle la descripción de estas variables.

Tabla 6: Estadísticos descriptivos prueba piloto

| | Variable | Frecuencia | % |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------|----------|
| Sexo | Hombre | 4 | 16 |
| | Mujer | 21 | 84 |
| Estado Civil | Soltero | 10 | 40 |
| | Casado | 9 | 36 |
| | Unión libre | 5 | 20 |
| | Separado | 1 | 4 |
| | Viudo | 0 | 0 |
| Nivel de formación posgraduada | Especialización | 13 | 52 |
| | Maestría | 4 | 16 |
| | Doctorado | 1 | 4 |
| | Ninguno | 7 | 28 |
| Institución donde labora actualmente | Institución Educativa | 5 | 20 |
| | Institución Hospitalaria | 17 | 68 |
| | Alcaldías | 2 | 8 |
| | Fundaciones | 0 | 0 |
| | Independiente | 1 | 4 |

En cuanto a la vida profesional de los participantes en la Tabla 7 se puede observar que la mayoría de ellos se dedicaban a la asistencia al momento de responder la encuesta con un total de 11 profesionales, seguido de 10 de ellos que en ese momento ocupaban cargos administrativos y los 4 restantes estaban dedicados a la docencia. Con respecto al desempeño de los participantes durante la vida profesional llama la atención que 4 de ellos en ningún momento ha ejercido su profesión en la asistencia y en contraste 4 de ellos en algún momento han tenido experiencia en el ámbito investigativo.

Tabla 7: Desempeño profesional participantes prueba piloto

| Áreas de desempeño | Opciones | Actual | | Durante la vida profesional | |
|--------------------|----------|------------|-----|-----------------------------|----|
| | | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Asistencial | No | 14 | 56 | 4 | 16 |
| | Si | 11 | 44 | 21 | 84 |
| Docencia | No | 21 | 84 | 18 | 72 |
| | Si | 4 | 16 | 7 | 28 |
| Investigativo | No | 25 | 100 | 21 | 84 |
| | Si | 0 | 0 | 4 | 16 |
| Administrativo | No | 15 | 60 | 13 | 52 |
| | Si | 10 | 40 | 12 | 48 |

Se preguntó con respecto a claridad y comprensión de cada ítem y el porcentaje de concordancia en todos fue mayor de 80% por lo cual se infiere que la escala es clara y comprensible en el contexto en el cual se realizó la adaptación transcultural. En la Tabla 8 se puede observar el puntaje de concordancia de cada ítem.

Tabla 8: Porcentaje de concordancia prueba piloto

| Enunciado | Porcentaje concordancia |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1. Reconozco y atiendo las alteraciones de mi salud. | 80 |
| 2. Cuidar exige competencias. | 80 |
| 3. Tengo un sueño reparador todos los días. | 84 |
| 4. Habitualmente trato de tener una alimentación equilibrada. | 80 |
| 5. El profesional de enfermería debe ser imparcial al cuidar. | 80 |
| 6. La ternura es importante en el cuidado. | 84 |
| 7. Cuidar es un acto de compasión. | 80 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 8. La apariencia personal es importante para el cuidado. | 80 |
| 9. Quien cuida debe conocer lo que el paciente piensa sobre sus propias necesidades. | 80 |
| 10. La relación de empatía con el otro es importante en el cuidado. | 80 |
| 11. El autocuidado del cuerpo es importante. | 80 |
| 12. Cuidar implica el compromiso de un ser humano con otro. | 80 |
| 13. Cuidar implica afecto. | 88 |
| 14. Me gusta ser enfermero/a | 84 |
| 15. Cuidar implica el manejo adecuado de las situaciones que se presentan en la interacción con las personas. | 84 |
| 16. El profesional de enfermería debe estar de buen humor para llevar a cabo el cuidado. | 88 |
| 17. El profesional de enfermería debe ser organizado al brindar los cuidados. | 80 |
| 18. Cuidar implica gentileza | 80 |
| 19. Cuidar lleva implícito el valor del servicio. | 84 |
| 20. El profesional de enfermería cuida mejor cuando lo hace de manera impersonal. | 80 |
| 21. El cuidado exige destreza | 84 |
| 22. Cuidar implica demostrar interés por la persona que se cuida. | 84 |
| 23. El cuidado debe ser planeado | 80 |
| 24. Para la realización del cuidado se deben seguir los protocolos y las normas institucionales. | 84 |
| 25. La percepción que el paciente tiene sobre el profesional de enfermería influye en el cuidado. | 84 |
| 26. La educación debe hacer parte del cuidado de enfermería | 80 |
| 27. Yo me cuido practicando actividad física | 80 |
| 28. El buen cuidado demanda competencia técnica. | 84 |
| 29. El cuidado debe estar guiado por la ética. | 84 |
| 30. El cuidado de enfermería es muy significativo para quien lo recibe. | 80 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 31. Para llevar a cabo el cuidado, el enfermero utiliza procesos metodológicos. | 80 |
| 32. Durante el cuidado el profesional de enfermería debe actuar con responsabilidad, respeto y honestidad. | 84 |
| 33. La comunicación es esencial para llevar a cabo el cuidado de enfermería. | 84 |
| 34. Cuando cuido a la persona tomo en cuenta sus derechos y deberes como ciudadano/a. | 84 |
| 35. Cuidar implica delicadeza | 80 |
| 36. La relación de confianza entre el paciente y el profesional de enfermería es necesaria para el cuidado. | 80 |
| 37. Reservar tiempo para el ocio es importante. | 88 |
| 38. Para el cuidado el profesional de enfermería debe tener en cuenta los valores del paciente. | 80 |
| 39. Quien cuida debe estar bien consigo mismo | 80 |
| 40. Para cuidar, el enfermero debe tener intuición. | 84 |
| 41. Cuidar es señal de solidaridad | 80 |

Al obtener claridad y precisión en la prueba de la versión prefinal se concluye que no es necesario modificar ningún ítem, por lo cual se utiliza esta versión para el siguiente paso.

7.2.2 Validez facial

Para realizar este proceso se utilizó la información obtenida por la encuesta que se realizó a los 10 expertos que participaron en la validez de contenido, este análisis se realizó calculando el índice de Lawshe modificado para cada ítem y para el instrumento en total, en la Tabla 9 se pueden observar los valores de cada ítem, en claridad, precisión y comprensión obteniendo valores mayores de 0,5823, lo cual infiere que el cuestionario cumple con estas características.

Tabla 9: Resultados de la validez facial según el Lawshe modificado

| ÍTEMS | CLARIDAD | PRECISIÓN | COMPRESIÓN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|------------|
| TÍTULO: Escala de Evaluación del Significado del Cuidado – EESC | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| INDICACIONES: Este cuestionario contiene 44 afirmaciones. Después de leer cada una, señale la opción que mejor representa su opinión sobre el contenido de la expresión. | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| OPCIONES DE RESPUESTA: Totalmente en desacuerdo / En desacuerdo / En duda / De acuerdo / Totalmente de acuerdo | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| [1. Reconozco y atiendo las alteraciones de mi salud.] | 1 | 1 | 1 |
| [2. Cuidar exige competencias.] | 0,9 | 0,8 | 0,8 |
| [3. Tengo un sueño reparador todos los días.] | 0,9 | 0,8 | 0,9 |
| [4. Habitualmente trato de tener una alimentación equilibrada.] | 1 | 0,9 | 1 |
| [5. El profesional de enfermería debe ser imparcial al cuidar.] | 0,7 | 0,9 | 0,9 |
| [6. La ternura es importante en el cuidado.] | 1 | 1 | 0,9 |
| [7. Cuidar es un acto de compasión.] | 0,9 | 1 | 1 |
| [8. La apariencia personal es importante para el cuidado.] | 1 | 0,8 | 1 |
| [9. Quien cuida debe conocer lo que el paciente piensa sobre sus propias necesidades.] | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| [10. La relación de empatía con el otro es importante en el cuidado.] | 0,9 | 1 | 1 |
| [11. El autocuidado del cuerpo es importante.] | 0,5 | 0,8 | 1 |
| [12. Cuidar implica el compromiso de un ser humano con otro.] | 0,9 | 1 | 0,9 |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| [13. Cuidar implica afecto.] | 1 | 1 | 1 |
| [14. Me gusta ser enfermero/a] | 1 | 1 | 1 |
| [15. Cuidar implica el manejo adecuado de las situaciones que se presentan en la interacción con las personas.] | 1 | 0,9 | 1 |
| [16. El profesional de enfermería debe estar de buen humor para llevar a cabo el cuidado.] | 0,8 | 0,9 | 0,9 |
| [17. El profesional de enfermería debe ser organizado al brindar los cuidados.] | 0,9 | 1 | 0,9 |
| [18. Cuidar implica gentileza] | 1 | 1 | 1 |
| [19. Cuidar lleva implícito el valor del servicio.] | 0,8 | 1 | 1 |
| [20. El profesional de enfermería cuida mejor cuando lo hace de manera impersonal.] | 0,6 | 0,5 | 0,8 |
| [21. El cuidado exige destreza] | 0,9 | 0,9 | 1 |
| [22. Cuidar implica demostrar interés por la persona que se cuida.] | 1 | 1 | 1 |
| [23. El cuidado debe ser planeado] | 1 | 1 | 1 |
| [24. Para la realización del cuidado se deben seguir los protocolos y las normas institucionales.] | 1 | 1 | 1 |
| [25. La percepción que el paciente tiene sobre el profesional de enfermería interfiere en el cuidado.] | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| [26. La educación debe hacer parte del cuidado de enfermería] | 1 | 0,9 | 1 |
| [27. Yo me cuido practicando actividad física] | 0,9 | 1 | 1 |
| [28. El buen cuidado demanda competencia técnica.] | 0,9 | 1 | 1 |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| [29. El cuidado debe estar guiado por la ética.] | 0,9 | 1 | 1 |
| [30. El cuidado de enfermería es muy significativo para quien lo recibe.] | 1 | 1 | 1 |
| [31. Para llevar a cabo el cuidado, el enfermero utiliza procesos metodológicos.] | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| [32. Durante el cuidado el profesional de enfermería debe actuar con responsabilidad, respeto y honestidad.] | 0,9 | 1 | 1 |
| [33. La comunicación es esencial para llevar a cabo el cuidado de enfermería.] | 1 | 1 | 1 |
| [34. Cuando cuido a la persona tomo en cuenta sus derechos y deberes como ciudadano/a.] | 0,9 | 1 | 1 |
| [35. Cuidar implica delicadeza] | 1 | 1 | 1 |
| [36. La relación de confianza entre el paciente y el profesional de enfermería es necesaria para el cuidado.] | 1 | 1 | 1 |
| [37. Reservar tiempo para el ocio es importante.] | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| [38. Para el cuidado el profesional de enfermería debe tener en cuenta los valores del paciente.] | 0,8 | 1 | 1 |
| [39. Quien cuida debe estar bien consigo mismo] | 0,8 | 0,8 | 0,9 |
| [40. Para cuidar, el enfermero debe tener intuición.] | 0,9 | 1 | 1 |
| [41. Cuidar es señal de solidaridad] | 1 | 1 | 1 |
| Total | 0,90731707 | 0,93658537 | 0,96097561 |

Al obtener un índice de Lawshe mayor de 0,5823 para el cuestionario en total se puede concluir que la versión en español de la escala es clara, precisa y comprensible para la población objeto de estudio, según el acuerdo de expertos.

7.2.3 Validez de constructo y consistencia interna

Luego de obtener la versión en español de la escala de evaluación del significado del cuidado junto con la validez facial y de contenido se realiza la aplicación de esta con el fin de realizar las pruebas estadísticas para verificar la validez de constructo.

Se obtiene una muestra de 207 encuestas totalmente diligenciadas, a través de un cuestionario de Google, por enfermeros que cumplieran con los criterios de inclusión, quienes diligenciaron la totalidad de los formularios, cumpliendo con las recomendaciones de Gorsush referenciado por Lloret (58) en cuanto al tamaño de la muestra.

7.2.3.1 Análisis descriptivo.

De los 207 participantes el 86% fueron mujeres, el 14% restante hombres, la mayoría de los participantes estaban solteros (46%), el 29% casados, con una media de edad de 36 años, con una experiencia profesional entre 0,5 a 49 años, con una media de 12, en la Tabla 10 se puede observar con mayor detenimiento.

Tabla 10: Estadísticos descriptivos de variables numéricas discretas

| Variable | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|----------------------------------------|----------|---------------|---------------|--------------|----------------------------|
| Años cumplidos | 207 | 21 | 69 | 36,49 | 10,095 |
| Año graduación del pregrado | 207 | 1970 | 2019 | 2007,49 | 9,462 |
| Años de experiencia profesional | 207 | 0,5 | 49,0 | 11,889 | 9,4735 |

| | | | | | |
|--------------------------------------------|-----|-----|------|-------|--------|
| Años en el área de desempeño actual | 207 | 0,2 | 36,0 | 5,927 | 6,0446 |
|--------------------------------------------|-----|-----|------|-------|--------|

En cuanto a la institución donde laboran el 68% lo hacían en instituciones hospitalarias, 26% en instituciones educativas y solo 1% realizaba trabajo independiente, en la Tabla 11 se observa con mayor detalle.

Tabla 11: Estadísticos descriptivos de variables categóricas

| Variable | Opciones | Frecuencia | % |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------|----------|
| Sexo | Hombre | 28 | 14 |
| | Mujer | 179 | 86 |
| Estado Civil | Soltero | 96 | 46 |
| | Casado | 60 | 29 |
| | Unión libre | 32 | 15 |
| | Separado | 18 | 9 |
| | Viudo | 1 | 1 |
| Institución donde labora actualmente | Institución Educativa | 53 | 26 |
| | Institución Hospitalaria | 141 | 68 |
| | Alcaldías | 4 | 2 |
| | Fundaciones | 4 | 2 |
| | Independiente | 5 | 2 |

En cuanto a su experiencia laboral en la Tabla 12 se puede observar que la mayoría han tenido experiencia en el área asistencial con un 94%, el 44% ha tenido experiencia en docencia, en la misma proporción experiencia administrativa, sólo un 25% ha tenido experiencia investigativa durante la vida profesional, en cuanto al área de desempeño actual continúa siendo la asistencial la de la mayoría con un 61%, docencia 25%, administrativa 22% y 11% investigativo, se debe tener en cuenta que una sola persona puede desempeñarse en varias áreas a la vez, por

ejemplo las personas que se desempeñan en el área docente a su vez realizan labores investigativas.

Tabla 12: Descriptivos experiencia laboral

| Áreas de desempeño | Opciones | Actual | | Durante la vida profesional | |
|--------------------|----------|------------|----|-----------------------------|----|
| | | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Asistencial | No | 81 | 39 | 13 | 6 |
| | Si | 126 | 61 | 194 | 94 |
| Docencia | No | 155 | 75 | 116 | 56 |
| | Si | 52 | 25 | 91 | 44 |
| Investigativo | No | 184 | 89 | 155 | 75 |
| | Si | 23 | 11 | 52 | 25 |
| Administrativo | No | 161 | 78 | 116 | 56 |
| | Si | 46 | 22 | 91 | 44 |

Los datos se recolectaron a partir de un formulario de Google que se enviaba por correo electrónico.

7.2.3.2 *Análisis factorial exploratorio.*

Supuestos: Previo al análisis factorial exploratorio se realizó la evaluación del supuesto de correlación, con el fin de conocer si los datos pueden ser sometidos al análisis mencionado, para lo cual se aplicó la prueba de esfericidad de Bartlett la cual arrojó como resultado $p < 0.00001$, con este valor se evidencia que existe un grado de correlación entre las variables. De igual manera se aplica el índice de Kaiser Meyer Olkin (KMO) cuyo resultado general fue de 0.86666 lo cual demuestra que existe una fuerte correlación entre los ítems.

Estos resultados demuestran que los datos son meritorios para realizar el análisis factorial exploratorio.

Teniendo en cuenta los resultados anteriores, se continúa con el análisis factorial exploratorio, para lo cual se realizó la extracción de factores a través de un análisis de componentes principales con rotación varimax, lo cual arrojó dentro de los resultados los valores de las comunalidades, el porcentaje de la varianza total explicada por cada uno de los 5 factores y las cargas factoriales de cada ítem en su factor.

En la Tabla 13 se puede observar los valores de las comunalidades, que representan la cantidad de varianza explicada por la solución factorial de cada uno de los ítems.

Tabla 13: Valor comunalidad por ítem

| Comunalidades | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|
| | Inicial | Extracción |
| 1. Reconozco y atiendo las alteraciones de mi salud. | 1,000 | 0,488 |
| 2. Cuidar exige competencias. | 1,000 | 0,286 |
| 3. Tengo un sueño reparador todos los días. | 1,000 | 0,549 |
| 4. Habitualmente trato de tener una alimentación equilibrada. | 1,000 | 0,637 |
| 5. El profesional de enfermería debe ser imparcial al cuidar. | 1,000 | 0,192 |
| 6. La ternura es importante en el cuidado. | 1,000 | 0,570 |
| 7. Cuidar es un acto de compasión. | 1,000 | 0,461 |
| 8. La apariencia personal es importante para el cuidado. | 1,000 | 0,321 |
| 9. Quien cuida debe conocer lo que el paciente piensa sobre sus propias necesidades. | 1,000 | 0,486 |
| 10. La relación de empatía con el otro es importante en el cuidado. | 1,000 | 0,467 |
| 11. El autocuidado del cuerpo es importante. | 1,000 | 0,372 |
| 12. Cuidar implica el compromiso de un ser humano con otro. | 1,000 | 0,616 |
| 13. Cuidar implica afecto. | 1,000 | 0,455 |
| 14. Me gusta ser enfermero/a. | 1,000 | 0,346 |
| 15. Cuidar implica el manejo adecuado de las situaciones que se presentan en la interacción con las personas. | 1,000 | 0,486 |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| 16. El profesional de enfermería debe estar de buen humor para llevar a cabo el cuidado. | 1,000 | 0,372 |
| 17. El profesional de enfermería debe ser organizado al brindar los cuidados. | 1,000 | 0,478 |
| 18. Cuidar implica gentileza. | 1,000 | 0,517 |
| 19. Cuidar lleva implícito el valor del servicio. | 1,000 | 0,441 |
| 20. El profesional de enfermería cuida mejor cuando lo hace de manera impersonal. | 1,000 | 0,255 |
| 21. El cuidado exige destreza- | 1,000 | 0,575 |
| 22. Cuidar implica demostrar interés por la persona que se cuida. | 1,000 | 0,481 |
| 23. El cuidado debe ser planeado. | 1,000 | 0,448 |
| 24. Para la realización del cuidado se deben seguir los protocolos y las normas institucionales. | 1,000 | 0,390 |
| 25. La percepción que el paciente tiene sobre el profesional de enfermería influye en el cuidado. | 1,000 | 0,185 |
| 26. La educación debe hacer parte del cuidado de enfermería. | 1,000 | 0,483 |
| 27. Yo me cuido practicando actividad física. | 1,000 | 0,577 |
| 28. El buen cuidado demanda competencia técnica. | 1,000 | 0,563 |
| 29. El cuidado debe estar guiado por la ética. | 1,000 | 0,602 |
| 30. El cuidado de enfermería es muy significativo para quien lo recibe. | 1,000 | 0,435 |
| 31. Para llevar a cabo el cuidado, el enfermero utiliza procesos metodológicos. | 1,000 | 0,613 |
| 32. Durante el cuidado el profesional de enfermería debe actuar con responsabilidad, respeto y honestidad. | 1,000 | 0,642 |
| 33. La comunicación es esencial para llevar a cabo el cuidado de enfermería. | 1,000 | 0,576 |
| 34. Cuando cuido a la persona tomo en cuenta sus derechos y deberes como ciudadano/a. | 1,000 | 0,469 |
| 35. Cuidar implica delicadeza. | 1,000 | 0,560 |
| 36. La relación de confianza entre el paciente y el profesional de enfermería es necesaria para el cuidado. | 1,000 | 0,471 |
| 37. Reservar tiempo para el ocio es importante. | 1,000 | 0,305 |
| 38. Para el cuidado el profesional de enfermería debe tener en cuenta los valores del paciente. | 1,000 | 0,243 |
| 39. Quien cuida debe estar bien consigo mismo. | 1,000 | 0,476 |
| 40. Para cuidar, el enfermero debe tener intuición. | 1,000 | 0,332 |
| 41. Cuidar es señal de solidaridad. | 1,000 | 0,600 |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Teniendo en cuenta que la comunalidad de cada ítem se refiere a la varianza común de este, se puede observar en la Tabla 13 que 12 de los ítems tienen una varianza común menor del 40%, estos ítems estarían saliendo del cuestionario final, para lo cual se tendrá en cuenta los resultados de las cargas factoriales.

A continuación, en la Tabla 14 se presentan los resultados del porcentaje de la varianza total explicada por factor, acá se puede observar que el primer factor explica el 15.6% de la varianza total, luego de la rotación de los factores, los siguientes factores obtuvieron una varianza similar entre el 6 y el 8%, lo cual indica que el primer factor explica la mayoría de la varianza que junto con los cuatro restantes suman el 45% del total de la varianza. Es importante aclarar que se realizó una rotación forzada a 5 factores debido a que es la categorización del instrumento original basado en las categorías de cuidado de J. Morse.

Tabla 14: Varianza total explicada por cada factor

| Factores | Varianza total explicada | | | | | |
|----------|----------------------------------------------|-----------|------------|--------------------------------------------|-----------|------------|
| | Sumas de cargas al cuadrado de la extracción | | | Sumas de cargas al cuadrado de la rotación | | |
| | Total | %varianza | %acumulado | Total | %varianza | %acumulado |
| 1 | 10,889 | 26,558 | 26,558 | 6,274 | 15,302 | 15,302 |
| 2 | 2,599 | 6,338 | 32,897 | 3,526 | 8,6 | 23,903 |
| 3 | 2,273 | 5,544 | 38,441 | 3,281 | 8,003 | 31,905 |
| 4 | 1,579 | 3,851 | 42,292 | 3,013 | 7,349 | 39,255 |
| 5 | 1,481 | 3,611 | 45,903 | 2,726 | 6,649 | 45,903 |

En cuanto a la varianza explicada por cada factor para la totalidad del instrumento, como lo muestra la Tabla 14 se evidenció que los cinco factores explicarían el 45,9% de la varianza, según CEA (65) se recomienda un valor del 30% en las escalas del área social por lo cual se considera que este valor es adecuado.

Posteriormente, en la Tabla 15 se presentan los resultados de las cargas factoriales producto del análisis de componentes principales con rotación varimax, forzada a 5 factores.

Tabla 15: Análisis de componentes principales con rotación varimax

| Ítem | Matriz de componente rotado ^a | | | | |
|------|------------------------------------------|---------------|--------------------------|----------------|----------------|
| | Factor | | | | |
| | Relación interpersonal | Cuidado Moral | Intervención terapéutica | Cuidado Afecto | Cuidado Humano |
| 1 | 0,026 | 0,079 | 0,064 | 0,207 | 0,659 |
| 2 | 0,387 | -0,033 | 0,363 | 0,048 | 0,039 |
| 3 | 0,009 | -0,019 | 0,284 | 0,086 | 0,678 |
| 4 | 0,072 | -0,032 | 0,030 | 0,058 | 0,792 |
| 5 | 0,036 | 0,084 | 0,352 | 0,123 | 0,209 |
| 6 | 0,057 | 0,183 | 0,120 | 0,719 | -0,037 |

| | | | | | |
|----|--------|--------|--------|--------|--------|
| 7 | 0,063 | 0,122 | -0,006 | 0,651 | 0,135 |
| 8 | -0,012 | 0,437 | 0,091 | 0,334 | 0,100 |
| 9 | 0,527 | 0,085 | 0,120 | 0,353 | 0,249 |
| 10 | 0,661 | -0,008 | 0,063 | 0,147 | 0,068 |
| 11 | 0,487 | 0,181 | 0,065 | 0,141 | 0,279 |
| 12 | 0,702 | 0,015 | 0,271 | 0,187 | 0,120 |
| 13 | 0,174 | 0,158 | 0,099 | 0,625 | 0,001 |
| 14 | 0,230 | 0,481 | -0,090 | 0,091 | 0,213 |
| 15 | 0,500 | 0,168 | 0,324 | 0,321 | -0,002 |
| 16 | 0,128 | 0,449 | 0,187 | 0,265 | 0,221 |
| 17 | 0,442 | 0,475 | 0,217 | 0,040 | -0,094 |
| 18 | 0,561 | 0,379 | 0,171 | 0,155 | -0,069 |
| 19 | 0,300 | 0,524 | -0,090 | 0,262 | -0,005 |
| 20 | -0,144 | 0,427 | 0,123 | 0,129 | -0,143 |
| 21 | 0,281 | 0,062 | 0,701 | 0,037 | 0,014 |
| 22 | 0,591 | 0,131 | 0,308 | 0,129 | 0,056 |
| 23 | 0,462 | 0,118 | 0,382 | 0,214 | 0,169 |
| 24 | 0,057 | 0,507 | 0,342 | 0,106 | 0,042 |
| 25 | 0,147 | 0,116 | 0,306 | 0,236 | 0,006 |
| 26 | 0,582 | 0,187 | 0,313 | -0,105 | 0,009 |
| 27 | 0,088 | 0,183 | 0,016 | -0,099 | 0,725 |
| 28 | 0,387 | 0,099 | 0,604 | 0,046 | 0,191 |
| 29 | 0,679 | 0,095 | 0,347 | 0,055 | 0,086 |
| 30 | 0,260 | 0,595 | 0,113 | 0,005 | 0,033 |
| 31 | 0,214 | 0,290 | 0,689 | -0,091 | 0,024 |
| 32 | 0,726 | 0,318 | 0,055 | -0,074 | -0,074 |
| 33 | 0,736 | 0,169 | 0,034 | 0,061 | -0,019 |
| 34 | 0,441 | 0,384 | 0,186 | -0,073 | 0,296 |
| 35 | 0,271 | 0,529 | 0,291 | 0,342 | 0,075 |
| 36 | 0,437 | 0,206 | 0,434 | 0,221 | 0,007 |
| 37 | 0,367 | -0,107 | 0,082 | 0,343 | 0,185 |

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|-------|-------|
| 38 | 0,421 | 0,113 | 0,171 | 0,151 | 0,024 |
| 39 | 0,212 | 0,494 | 0,283 | 0,183 | 0,273 |
| 40 | 0,169 | 0,161 | 0,350 | 0,367 | 0,145 |
| 41 | 0,207 | 0,441 | -0,032 | 0,593 | 0,100 |
| Método de extracción: análisis de componentes principales. | | | | | |
| Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. | | | | | |

El resultado de este análisis estadístico se realizó según la importancia práctica como criterio de interpretación de las cargas factoriales que cada ítem tuvo en la matriz, estas cargas representan la correlación entre la variable y su factor, según este criterio se tiene que los ítems con valores mayores a 0,4 cumplen con el nivel mínimo para la interpretación de la estructura factorial, los que son > a 0,5 tienen un aporte significativo, los que puntúa mayor de 0,7 se consideran relevantes para el factor aportando a una estructura bien definida (63), por lo cual se tienen en cuenta en cada factor los ítem con puntuaciones mayores a 0,4.

Los ítems 2, 5, 25, 37 y 40 tuvieron cargas factoriales menores de 0,4, con comunalidades muy bajas por lo cual quedaron fuera del instrumento final ya que no comparten varianza con los demás ítems, por otro lado, el ítem 17 comparte varianza significativa con dos factores, a esto se le conoce como carga cruzada según la recomendación se decide eliminar el ítem con el objetivo de obtener una estructura simple. Por todo lo anterior, la escala final, producto de la validez de constructo quedó conformada por 35 ítems, agrupados en 5 factores.

La asignación del nombre a los factores se basó en el componente teórico propuesto por la desarrolladora del instrumento, en la Tabla 16 se realiza una comparación con los ítems del instrumento original y los ítems agrupados por el análisis factorial, la estructura quedó conformada de la siguiente manera, el primer factor que se identificó fue el factor No 5 ya que todos los ítems que puntuaron en este factor están considerados en la categoría cuidado como característica humana, con los ítems (1, 3, 4, 27), posteriormente al factor No 4 se le identificó como el cuidado como afecto con los ítems (6, 7, 13, 41), luego al factor No 3 se le asignó

el cuidado como relación interpersonal con los ítems (21, 28, 31, 36), al factor No 2 se le identificó como el cuidado como imperativo moral con los ítems (8, 14, 16, 19, 20, 24, 30, 35, 39), por último al factor No 1 se le identificó como el cuidado como intervención terapéutica con los ítems (9, 10, 11, 12, 15, 18, 22, 23, 26, 29, 32, 33, 34, 38).

Tabla 16: Comparación de la versión original y el resultado del análisis factorial exploratorio

| Categorías de Cuidado J. Morse | Ítems Versión Original | Ítems Análisis Factorial |
|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Característica Humana | 1 | 1 |
| | 3 | 3 |
| | 4 | 4 |
| | 8 | 27 |
| | 11 | |
| | 27 | |
| | 37 | |
| Afecto | 5 | 6 |
| | 6 | 7 |
| | 13 | 13 |
| | 18 | 41 |
| | 20 | |
| | 26 | |
| | 35 | |
| Relaciones interpersonales | 39 | |
| | 2 | 21 |
| | 15 | 28 |
| | 16 | 31 |
| | 21 | 36 |
| | 22 | |
| | 24 | |
| | 31 | |
| 33 | | |
| Imperativo moral | 40 | |
| | 7 | 8 |
| | 12 | 14 |
| | 14 | 16 |

| | | |
|---------------------------------|----|----|
| | 19 | 19 |
| | 30 | 20 |
| | 32 | 24 |
| | 36 | 30 |
| | 41 | 35 |
| | | 39 |
| | 9 | 9 |
| | 10 | 10 |
| | 17 | 11 |
| | 23 | 12 |
| | 25 | 15 |
| | 28 | 18 |
| | 29 | 22 |
| Intervención terapéutica | 34 | 23 |
| | 38 | 26 |
| | | 29 |
| | | 32 |
| | | 33 |
| | | 34 |
| | | 38 |

1.1.1.1 Consistencia interna

Teniendo en cuenta la estructura producto del análisis factorial, se calculó el alfa de Cronbach para el instrumento en total y para cada categoría según la distribución de cada ítem en estas, como se observa en la Tabla 17, el cálculo del alfa de Cronbach demuestra que existe una correlación entre los ítems de cada factor y el total del instrumento con un alfa de Cronbach de 0.889.

Tabla 17: Alfa de Cronbach por categoría y total de la escala

| Categorías del cuidado | Alfa de Cronbach | Nº de ítems |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------|
| Característica humana | 0,734 | 4 |
| Imperativo moral | 0,727 | 9 |
| Afecto | 0,720 | 4 |
| Intervención terapéutica | 0,886 | 14 |

| | | |
|-----------------------------------|-------|----|
| Relaciones interpersonales | 0,766 | 4 |
| Total | 0,889 | 35 |

Teniendo en cuenta que hay diversos parámetros con respecto al valor para interpretar el alfa de Cronbach se decide en el presente trabajo basarse en las recomendaciones de Tristan y Godoy Et al., quienes aceptan valores mayores de 0,7 (48).

8 Discusión

Realizar la adaptación transcultural de un instrumento de medida requiere seguir un proceso riguroso, aunque no hay un consenso con respecto a este, se ha podido evidenciar que, al seguir las recomendaciones metodológicas generales, se logra obtener una versión equivalente a la original que se pueda aplicar logrando confianza en los resultados que se produzcan de estas investigaciones (52).

En este sentido siguiendo el proceso recomendado por Beaton y col (55), se logra obtener una versión en español de la escala para la evaluación del significado del cuidado, la cual está basada en la clasificación de los conceptos del cuidado realizada por J. Morse (7), y que busca medir la percepción de los profesionales de enfermería desde las diferentes perspectivas del cuidado. Esta versión fue el producto obtenido de la traducción, retrotraducción, el análisis de su equivalencia realizado por expertos y la aplicación de la versión prefinal; está constituida por 44 ítems, con respuestas en una escala tipo Likert y las instrucciones para su diligenciamiento.

Logrando una versión que es equivalente a nivel conceptual y semántica a la original, para lo cual fue necesario cambiar algunas palabras, verbos y sustantivos, el orden de la oración, con el fin de que fueran más entendibles en el contexto colombiano, sin perder el sentido de los ítems. Estos cambios son necesarios en las adaptaciones transculturales como se puede observar en la adaptación de una escala para medir los factores estresantes en las unidades de cuidados intensivos, realizada por Bernal (66). Para evaluar la equivalencia de la versión en español, se utilizó el consenso de expertos con conocimientos a nivel teórico acerca del cuidado, experiencia en cada una de las áreas de la profesión de enfermería, obteniendo un índice de Lawshe modificado de 0,83 a 0,88, lo cual indica un satisfactorio nivel de concordancia, aunado a esto se siguen las recomendaciones de estos expertos logrando la versión prefinal en español del instrumento.

A la escala para la evaluación del significado del cuidado en su idioma original le han realizado validez de constructo utilizando el consenso de expertos obteniendo índices de concordancia mayores del 80%. La consistencia interna fue medida a través del alfa de Cronbach con un valor de 0,74 para la totalidad del instrumento, para el cuidado como característica humana 0,62, para el cuidado como imperativo moral 0,66, para el cuidado como afecto 0,63, para el cuidado como relación interpersonal 0,63 y para el cuidado como intervención terapéutica 0,71. La reproducibilidad fue medida a través de test – retest, para lo cual midieron el grado de concordancia entre esas dos mediciones, a través de los porcentajes de concordancia observada que fueron del 94,3%-96,1%, el coeficiente de correlación intraclase de 0,63-0,79 y el coeficiente de confiabilidad de Spearman de 0,78-0,88 (50).

Al contrastar estos datos con la versión en español, se puede concluir que la consistencia interna de esta versión tiene valores mayores tanto para la escala en general como para cada uno de sus componentes. Teniendo en cuenta que los métodos utilizados para la validez de constructo fueron diferentes no se puede realizar una comparación entre estos, se podría mencionar que son complementarios, ya que en la versión original realizan una evaluación por expertos y en esta versión se realiza un contraste con las medidas estadísticas. Teniendo en cuenta los resultados de la validez de este tipo de estudio, el cuestionario generado se puede aplicar o continuar con su validez en futuros estudios. Los resultados de esta investigación son aplicables a la población donde se obtuvieron los datos, que se realizó con una población similar a la de la escala original.

Continuando con la información de la validez de esta versión se puede inferir que tiene adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a la validez de contenido, validez facial, validez de constructo y consistencia interna. En primer lugar a través de un consenso de expertos se realiza la validez de contenido, calculando el índice de Lawshe modificado para la escala en general cuyo resultado fue de 0,89, lo cual según Tristan (57) indica un satisfactorio nivel de concordancia, de igual manera se hizo el cálculo para cada ítem, 3 de estos con un índice menor

a 0,58, teniendo en cuenta esto y que estos ítems podrían confundir a los participantes se decide retirarlos del instrumento. Posteriormente, utilizando el mismo consenso de expertos se calculó el índice de Lawshe modificado del instrumento en claridad, precisión y comprensión con valores de 0,9, 0,93 y 0,96, respectivamente, con lo cual se obtiene la validez facial del instrumento ya que estos valores indican un nivel satisfactorio en el consenso de expertos, producto de estas validaciones se generó un instrumento conformado por 41 ítems.

En cuanto a la validez de constructo se realizó el análisis factorial exploratorio forzado para 5 factores, encontrando diferencias significativas, con respecto a la escala original que presenta la desarrolladora, dentro de las cuales están la disminución de los ítems de la escala debido a que 5 presentaron cargas factoriales menores a 0,4 y por carga cruzada donde se genera confusión en cuanto al factor al cual pertenece se elimina 1 ítem quedando constituida por 35 ítems ver Anexo K, también se presentaron diferencias en cuanto a los ítems que constituyen cada uno de estos factores.

La consistencia interna del instrumento se midió a través del alfa de Cronbach que para la escala en general tuvo un valor 0,889 lo cual demuestra que los ítems están correlacionados y para cada factor esta medida estuvo por encima de 0,7 indicando que existe una correlación entre los ítems de cada factor.

Teniendo en cuenta las diferencias del presente estudio y la escala original en cuanto a los ítems que conforman cada factor, se realiza un análisis para cada uno de estos, el cual se presenta a continuación.

El primer factor revisado es el cuidado como característica humana, el cual, al realizar el análisis factorial quedó conformado por 4 ítems, en contraste con la versión original de la escala que tiene 7 ítems, ambos coinciden en que los ítems 1, 3, 4 y 27 forman parte de este factor, según el análisis estadístico los ítems 8 y 11 no forman parte de este factor, el ítem 37 sale del cuestionario debido a que estadísticamente no comparte varianza con los demás, se revisa el componente teórico y su aplicabilidad.

Dentro de la revisión que J. Morse (9) realizó acerca de este componente menciona autores como Griffint y Roach quienes describen el cuidado como "una forma esencial del ser", a lo cual Griffin añade que el cuidado es parte de la esencia de la humanidad, complementando lo anterior la autora del instrumento utiliza este componente en su investigación para evaluar el cuidado que el profesional de enfermería tiene consigo mismo debido a que "el cuidado humano es una exteriorización del estado del valor propio, cuidar es parte del concepto de persona, es como nos situamos en el mundo, como nos relacionamos con otras personas y con el medio ambiente, y sobre todo con nosotros mismos" (34).

El cuidado ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, con respecto al concepto del cuidado, dentro de los primeros textos que lo mencionan está una reflexión de Platón acerca del cuidado de sí mismo centrado en el conocernos a nosotros mismos (67), en este sentido el cuidado del cuerpo, la mente y los sentimientos forman parte del cuidado de nosotros mismos (68), cobrando relevancia que dentro del concepto del cuidado como característica humana esté el autocuidado. Una investigación resalta que los profesionales de enfermería necesitan tener las condiciones para cuidarse a sí mismas, las formas de cuidado no deben abordar sólo la forma en que los profesionales de enfermería han cuidado del otro, sino cómo se han cuidado a sí mismos (69), como se ha mencionado anteriormente este concepto de cuidado de sí mismos está permeado por la cultura, la vivencia y el desarrollo personal de los profesionales de enfermería. En este sentido, al aplicar este instrumento en estudios posteriores se podría utilizar este componente para identificar las oportunidades de mejora para que los profesionales de enfermería fortalezcan sus acciones de autocuidado desde ellos mismos o desde las instituciones donde laboran.

El siguiente factor es el cuidado como imperativo moral, al realizar el análisis factorial quedó conformado por 9 ítems, en contraste con la versión original de la escala que tiene 8 ítems, ambos coinciden en que los ítems 14, 19 y 30 forman parte de este factor, según el análisis estadístico los ítems 8, 16, 20, 24, 35 y 39, forman parte de este factor por lo cual se revisa el componente teórico y su aplicabilidad.

En este componente J. Morse (7), expone el cuidado visto como una "virtud moral", los autores que ella utiliza para fundamentar este componente tienen dentro del concepto del cuidado, que los profesionales de enfermería al brindar los cuidados, lo hacen preocupados por el bienestar del paciente y por mantener la dignidad y respeto de este, dentro de los autores que destaca está Gadow para quien la finalidad del cuidado es "preservar la dignidad del paciente", o cita a Watson, cuando se refiere a preservar la "humanidad individual, la armonía interna y la curación potencial", en este sentido la autora de la escala menciona dentro del análisis de este componente que la profesión de enfermería tiene dentro de su misión la aceptación del sufrimiento humano y mediante la práctica del cuidado mitigar ese dolor.

Desde el concepto que los profesionales de enfermería tienen del cuidado un componente muy importante es que este cuidado esté regido por los valores morales, debido a que se cuida una persona que tiene derechos, valores y sentimientos y que se encuentra en un estado de vulnerabilidad (70), es por esta razón que dentro de las revisiones los profesionales de enfermería resaltan que además de habilidades técnicas, el ejercicio de la profesión de enfermería es desafiante, debido a que requiere durante la atención tener en cuenta las áreas emocional, psicológica, cultural y social del individuo ya que inciden en la dignidad humana (71).

En cuanto al análisis del factor de cuidado como relación interpersonal, quedó conformado por 4 ítems, en contraste con la versión original de la escala que tiene 9 ítems, ambos coinciden en que los ítems 21 y 31 forman parte de este, según el análisis estadístico los ítems 28 y 36 forman parte de este factor por lo cual se revisa el componente teórico y su aplicabilidad.

Para J. Morse, los autores de esta categoría resaltan que el cuidado es recíproco con el paciente, donde ambas partes deben ser comunicativas, confiadas, respetuosas y comprometidas entre sí, definen el cuidado como "estar conectados y preocupados" con el paciente, es una relación donde ambas partes se enriquecen (7). En este sentido la desarrolladora del instrumento resalta la importancia de

continuar con este aprendizaje que sin duda proporciona la simbiosis entre el enfermero y el paciente, favoreciendo el buen cuidado y construyendo otros modelos de atención basados en los principios humanizados de las ciencias actuales (8).

En este componente no sólo es relevante lo que el profesional de enfermería establezca con la persona que cuida, sino también la percepción que esta persona tiene del profesional de enfermería, tal como lo señalan Lima y Oliveira, el cuidado se presenta como una relación o interacción entre las personas, para quienes reciben los cuidados es importante la presencia del profesional de enfermería (72), de igual manera la relación entre la enfermera y el paciente es necesaria para establecer el proceso de atención de enfermería (73). Dentro de los ítems que puntuaron en el análisis factorial para este componente, está que la relación de confianza entre la enfermera y el paciente es necesaria para el cuidado y que el cuidado demanda competencia técnica. En este sentido Peplau menciona dentro de su teoría que la relación enfermera-paciente requiere que la enfermera entregue sus conocimientos y experticia en función del cuidado (45).

Posteriormente se realiza el análisis del factor de cuidado como afecto, el cual quedó conformado por 4 ítems, en contraste con la versión original de la escala que tiene 8 ítems, ambos coinciden en que los ítems 6 y 13 forman parte de este componente, según el análisis estadístico los ítems 7 y 41 forman parte de este factor por lo cual se revisa el componente teórico y su aplicabilidad.

Según J. Morse, los teóricos de este componente describen el cuidado como una emoción, como un sentimiento de compasión o empatía por el paciente que motiva a la enfermera a cuidarlo, dentro de los teóricos mencionados cita a McFarlane para quien la enfermería es "virtualmente sinónimo de cuidado", está de acuerdo en que la atención de enfermería es una sensación de "preocupación, interés y supervisión con vistas a la protección". Para la desarrolladora de la escala el afecto permite que el profesional de enfermería pueda ver más allá, captar el valor real de las cosas y las personas, dando sentido a los hechos (34). Uno de los desafíos del profesional de enfermería es entablar relaciones comprometidas de

manera efectiva y moralmente con las personas que cuidan lo cual incluye desarrollar el amor hacia ellos (74).

Dentro de esta categoría se puede identificar la empatía como la capacidad de comprender los sentimientos de la otra persona, decidir tener un sentimiento real de preocupación por ella con el objetivo de consolidar un vínculo afectivo (71), Los ítems que forman parte de este componente, según el análisis factorial, conversan acerca de la compasión y solidaridad al brindar los cuidados.

De la misma forma se realiza el análisis del factor de cuidado como intervención terapéutica, el cual quedó conformado por 14 ítems, en contraste con la versión original de la escala que tiene 9 ítems, ambos coinciden en los ítems 9, 10, 23, 29, 34 y 38, según el análisis estadístico los ítems 11, 12, 15, 18, 22, 26, 32 y 33 forman parte de este factor por lo cual se revisa el componente teórico y su aplicabilidad.

Según J.Morse, para los teóricos que describen este componente, las metas del paciente son primordiales y la atención de enfermería está dirigida a alcanzar esas metas; enfatizan las competencias y habilidades de enfermería relacionadas con el cuidado ya que según ellos el cuidado está orientado a la tarea, describen acciones discretas para identificar el cuidado dentro de las cuales están estar presente de manera tranquilizadora, proporcionar información, ayudar con el dolor, pasar tiempo con el paciente, promover la autonomía y observar al paciente, además, dentro de este componente Morse menciona los patrones y el proceso de atención de enfermería donde el enfermero reconoce las cualidades y necesidades del paciente y según estas modifica sus acciones para adaptarse a las necesidades únicas del paciente (7). Dentro del análisis que realiza la desarrolladora de la escala menciona que la intervención terapéutica es una acción destinada a restablecer el equilibrio, normalizar o incluso aliviar una situación desestabilizada, el malestar, la desgracia o el dolor (8). En la actualidad se está enfatizando la propuesta de que es necesario volver al contexto donde la atención de enfermería está centrada en la proximidad a las personas, sus proyectos de salud y cómo podemos contribuir a estos proyectos como profesionales preparados y empoderados por una adecuada

atención de enfermería (71), en este sentido los cuidados de enfermería vistos desde esta perspectiva está permeados del conocimiento de las necesidades de las personas, el proceso de enfermería es una herramienta que permite visualizar estas necesidades, establecer intervenciones de cuidado y a su vez evaluarlas con el objetivo de mejorar continuamente; del mismo modo la presencia del profesional de enfermería en el cuidado de las personas disminuye la ansiedad de estas, reduce la estancia hospitalaria e incrementa la satisfacción con los cuidados recibidos (73).

Los ítems que puntuaron en este componente están relacionados con el manejo adecuado de las situaciones que se presentan durante la relación de cuidado que se establece, la cual requiere un compromiso real con la persona que es cuidada, demostrando interés por ella, actuando en esta relación de cuidado con responsabilidad, respeto y honestidad, utilizando una buena comunicación, de tal manera que se logre generar la confianza que debe existir para que la persona cuidada logre compartir sus necesidades, creer en la destreza y competencia del profesional de enfermería para suplir estas necesidades y utilizar los conocimientos recibidos en los encuentros educativos con el profesional de enfermería que son fundamentales para la recuperación o rehabilitación de esta persona, lo cual finalmente fortalece su autocuidado.

Finalmente, la clasificación que la desarrolladora del instrumento hace a nivel conceptual sobre el cuidado que resalta los componentes de J. Morse es coherente teóricamente y se puede aplicar en la práctica. Sin embargo, al realizar el análisis factorial se genera una agrupación de factores diferentes que se validan teóricamente obteniendo un instrumento confiable para medir la percepción del concepto del cuidado en los profesionales de enfermería y que puede ser aplicable en el contexto colombiano.

En consecuencia cabe resaltar la importancia de contar con instrumentos que posibiliten acercar la teoría a la práctica, siendo indicadores empíricos que como lo menciona Duran de Villalobos faciliten la obtención de resultados reales, válidos, exactos y consistentes que permitan desde describir hasta predecir un fenómeno (75), la adaptación transcultural y validez de los instrumentos de medida existentes

son un medio que permite la utilización de diferentes indicadores empíricos con una seguridad establecida de que con ello podemos encontrar una aproximación a la realidad que busquemos conocer, a pesar de esto debemos recordar que lo que se obtiene es una aproximación en el sentido de que hay una diferencia entre la teoría y la práctica, podremos acercarnos pero no serán iguales, el respeto por cada una de ellas es fundamental al utilizar los instrumentos de medida o buscar su validez (62).

9 Conclusiones

A través de la adaptación transcultural de la escala para la evaluación del significado del cuidado, realizada en el presente trabajo investigativo, se logró obtener una versión en español equivalente a nivel semántico, idiomático, experiencial y conceptual a la escala original, según evaluación por expertos y enfermeros que se desempeñaban en diferentes campos.

Esta versión de la escala cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para realizar una medición válida de la percepción del concepto del cuidado en los profesionales de enfermería que se encuentran en el contexto donde se realizó el proceso investigativo.

Al realizar la validez de constructo a través del análisis factorial se genera una agrupación de factores diferentes a los propuestos por la desarrolladora del instrumento, que se validan teóricamente, obteniendo un instrumento confiable para medir la percepción del concepto del cuidado en los profesionales de enfermería, aplicable en el contexto colombiano.

La versión en español de la escala de evaluación del significado del cuidado cuenta con una consistencia interna adecuada, tanto para la escala en general como para cada uno de sus componentes.

Se recomienda continuar con la validez de la versión en español del instrumento, con la realización de pruebas complementarias que fortalezcan la confiabilidad, la validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio y que permitan obtener datos adicionales como la reproducibilidad de este, con el fin de lograr medidas confiables, válidas y exactas.

Referencias Bibliográficas

1. Castrillón M, Orrego S, Pérez L, Ceballo M, Arenas G. La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud. *Investig y Educ en Enfermería*. 1999;XVII(1):13–32.
2. Alcaráz López G, Zapata Herrera, Marleny Gómez Gómez, Margarita Tavera Agudelo E. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos : tratando de dar cuidado directo. *Investig y Educ en Enferm*. 2010;28(1):43–53.
3. Quintero, Maria Teresa., Gómez M. El Cuidado de Enfermería Significa Ayuda. *Aquichan*. 2010;10(1):8–18.
4. Poblete-Troncoso M del C, Valenzuela-Suazo SV, Merino JM. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan [Internet]*. 2012;12(1):8–21. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74124091002.pdf>
5. Gonzalez Ortega Y. Instrumento Cuidado de comportamiento profesional : validez y confiabilidad. *Aquichan [Internet]*. 2008;8(2):170–82. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74180205.pdf>
6. Ayala RA, Calvo M. Cultural adaptation and validation of the Caring Behaviors Assessment tool in Chile †. *Nurs Heal Sci*. 2017;19(April):459–66.
7. Morse JM, Bottorff J, Neander W, Solberg S. Comparative Analysis of Conceptualizations and Theories of Caring. *J Nurs Scholarsh*. 1991;23(2):119–26.
8. Aparecida R, Bison P, Regina A, Furegato F, Licio J, Santos F. La percepción del cuidar entre estudiantes y profesionales de enfermería. *Index de Enfermería*. 2007;16(56).
9. Morse J, Solberg S, Neander W, Joan B. Concepts of caring and caring as a concept. *Adv Nurs Sci*. 1990;13(1):1–14.
10. Suarez-Baquero D, Champion J. Expanding the conceptualisation of the Art of Caring. *Scand Juornal Caring Sci*. 2021;35(3):860–70.
11. Riveros Pérez E, Amado-Gonzalez LN. Modelo de salud en Colombia :

- ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? Rev, Gerenc Polit Salud. 2012;11(23):111–20.
12. Florez Acosta JH, Atehortua Becerra SC, Arenas Mejía AC. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993 : evolución y un estudio de caso para Medellín. Rev, Gerenc Polit Salud Bogotá. 2009;8(16):107–31.
 13. Molina G, Ramirez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia : entre la economía de mercado y la normativa constitucional , 2007 – 2009. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(4):287–93.
 14. Abadía Barrero CE, Ruiz Sánchez HC. Enfrentando al neoliberalismo en Colombia: arte y colaboración en un hospital en ruinas. Etnográfica. 2018;22(3):575–603.
 15. Moreno Moreno MC, López López MV. The right to Health in Colombia 1999-2007. Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá. 2009;8(16):133–52.
 16. Velandia Mora AL. LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA. ANÁLISIS SOCIOHISTÓRICO. In: Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería. Lisboa; 2009. p. 263–94.
 17. Velandia Mora AL. La enfermería en Colombia 1990-2010. Ejercicio profesional y situación legal. Investig en Enfermería Imágen y Desarro. 2011;13(1):65–78.
 18. Cabarcas Villera PA, Santis Pérez MC. Evolución del rol del profesional de enfermería egresado de la universidad de córdoba, antes y después de la ley 100 de 1993, Montería 2015. [Internet] [Internet]. Universidad de Córdoba; 2018. Available from: [https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/823/Evolución Del Rol Del Profesional De Enfermería.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/823/Evolución%20Del%20Rol%20Del%20Profesional%20De%20Enfermería.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 19. Romero MN, Mesa L, Galindo S. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. Av en Enfermería. 2010;26(2):59–70.
 20. Ferreira Umpiérrez A. La gestión del cuidado en la legislación profesional:

- Algunas consideraciones para su regulación. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2013;XIX(3):103–9. Available from: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n3/art_11.pdf
21. Laverde Contreras OL, Carvajal Carrascal G, Jaimes Carvajal N, Escobar Ramirez MC, Arroyo Morales LP. Rol independiente y ambiente de la práctica de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2017;33(4):736–47.
 22. Emeghebo L. La imagen de la enfermería percibida por las enfermeras. *Educ Enfermería hoy* [Internet]. 2012;32(6):49–53. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.10.015>
 23. Zapata Herrera M, Alcaraz López GM. Satisfacción laboral de las enfermeras en salas de hospitalización de adultos. Un sentimiento ambivalente. *InvestEducEnferm*. 2012;30:178–87.
 24. Hautsch Willig M, Lenardt MH, Trentini M. Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(2):177–82.
 25. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare Mortality among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care. *Med Care* [Internet]. 1994;32(8):771–87. Available from: <http://about.jstor.org/terms>
 26. García Hernández M de, Lourdes., Cárdenas Becerril L, Arana Gómez B, Monroy Rojas A, Hernández Ortega Y, et al. Construcción emergente del concepto: Cuidado profesional de enfermería. *Texto Context Enfermería* [Internet]. 2011;20:74–80. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421163009>
 27. Kuerten P, Lenise Do Prado M, De Gasperi P, Fabiane L, Waterkember R, Bettina M. El cuidado y la enfermería. *Av en Enfermería*. 2009;XXVII(1):102–9.
 28. Fawcett J, Desanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. Davis F, editor. 2012.
 29. Burns N, Grove K. *Investigación en Enfermería*. 3rd ed. España: Grafos S.A; 2004. 554 p.
 30. Sierra MT, Cardona LP, Bernal MF. Percepción de enfermería en diferentes

- instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá. *Av en Enfermería*. 2005;14:68–72.
31. O'Connell E, Landers M. La importancia de los comportamientos de cuidado de las enfermeras de cuidados críticos según la percepción de enfermeras y familiares. *Enfermería Cuid intensivos y críticos* [Internet]. 2008;24(6):349–58. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339708000360>
 32. Mizuno M, Ozawa M, Evans D, Okada A, Takeo K. Caring behaviors perceived by Nurses in a Japanese Hospital. *J Nurs Stud N C N J* [Internet]. 2005;4(1). Available from: <http://www.ncn.ac.jp/academic/020/2005/2005jns-ncnj05>
 33. Morales-Castillo FA, Hernández-Cruz MC, Morales Rodríguez MC, Landeros Olvera EA. Validación y estandarización del instrumento: Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas. *Enfermería Univ* [Internet]. 2016;13(1):3–11. Available from: <http://www.ncn.ac.jp/academic/020/2005/2005jns-ncnj05>
 34. Pavan Bison RA. *A Percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de enfermagem*. Universidad de Sao Paulo; 2003.
 35. González Escobar DS. Significado del cuidado para estudiantes y profesores del Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro* [Internet]. 2015;17(1):77–95. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/8415>
 36. Hernandez Vergel, Lázaro; Zequeira Betancur, Dulce Maria; Miranda Guerra A. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2010;26(1):30–41.
 37. Montalvo Tola Elizabeth, Ticona Llerena Elizabeth. “Perfil Profesional Y Significado Del Cuidado En Enfermería, Emergencia, Hncase-Essalud Arequipa-2016.” [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín; 2016. Available from:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3186/ENSmotoe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

38. Newman M. Health as Expanding Consciousness. NLN Publications, editor. St. Louis; 1994.
39. Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería.pdf. Aquichan. 2002;2(2):7–18.
40. O.Beltrán. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. Index Enferm. 2015;24(1):1–7.
41. Nery B. MJ. Actitudes de la enfermera de cuidado directo y satisfacción de la persona hospitalizada [Internet]. Revista electrónica de Portales Médicos. 2010 [cited 2019 Jan 15]. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2252/5/>
42. Velandia Mora AL. Análisis histórico de la evolución y tendencias de la práctica de la Enfermería en Colombia en el siglo XX. Investig y Educ en Enfermería [Internet]. 1992;X(2):39–48. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331881>
43. García Martín-Caro C, Martínez Martín ML. Historia de la Enfermería evolución del cuidado enfermero. 5ª. Ediciones Harcourt S., editor. Madrid. España; 2001.
44. Salviano M, Nascimento P, Paula M, Vieira C, Frison S, Maia M, et al. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1172–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>
45. Raile y Marriener M y A. Modelos y teorías de Enfermería. 7ª Ed. ELSEVIER, editor. España; 2013. 809 p.
46. López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, Abril-Sabater D, Rocabert-Luque M, Ruiz-Muñoz M, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Enfermería Clínica [Internet]. 2006;16(4):218–21. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71217-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71217-7)

47. El congreso de Colombia. Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la enfermería en Colombia. Ley 911 de 2004. 45693 Colombia; 2004.
48. Sepúlveda G, Rojas L, Cárdenas O, Guevara E, Castro A. Estudio piloto de la validación del cuestionario 'CARE-Q' en versión al español en población colombiana. *Rev Colomb enfermería*. 2011;4(4):13–22.
49. Barón L, Díaz L. Confiabilidad y validez de constructo del instrumento Habilidad de Cuidado de Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedad Crónica. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro*. 2018;20(2).
50. Pavan Bison RA, Vieira Almeida D, Ferreira Santos JL, Ferreira Furegato AR. Validação da escala de avaliação do significado do cuidar. *Cult los Cuid*. 2013;17(7):90–8.
51. Morse JM. Exploring the theoretical basis of nursing advanced techniques of concept analysis. *Adv Nurs Sci*. 1995;17:31–46.
52. Ramada-rodilla JM, Serra-pujadas C. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex*. 2013;55(February 2016):57–66.
53. Báez-hernández, Francisco Javier Nava-Navarro, Vianet Ramos-Cedeño, Leticia Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2009;9(No 2):127–34. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1643>
54. Escobar-Ciro C, Cardozo-García Y. Significado construido por los cuidadores familiares acerca del personal de enfermería. *Rev Cienc y Cuid*. 2016;13(2):93–106.
55. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186–91.
56. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):63–72.
57. Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen

- cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Av en Medición*. 2008;6(1):37–48.
58. Lloret-Segura S, Ferrerest - Traver A, Hernandez - Baeza A, Tomás -Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol*. 2014;30(3):1151–69.
 59. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev Salud Pública*. 2008;10(5):831–9.
 60. Elosua P, Egaña M. *Psicometría aplicada [recurso electrónico] guía para el análisis de datos y escalas con jamovi [Internet]*. 1a Ed. [In. Euskal Herriko Unibertsitatea AZ= SE, editor. Ciudad del país vasco: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades; 2020. 65–78 p. Available from: <https://web-argitalpena.adm.ehu.es/pdf/USPDF201508.pdf>
 61. Martínez M, Sepúlveda R, Alonso M. Introducción al análisis factorial exploratorio. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2012;41(1):197–207. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60077-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60077-9)
 62. Mavrou I. Análisis factorial exploratorio: Cuestiones conceptuales y metodológicas. *Rev Nebrija [Internet]*. 2015; Available from: https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_56583a3b9a601.pdf
 63. Hair Jr JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis [Internet]*. 8º Edición. EMEA CL, editor. Annabel Ainscow; 2019. Available from: <https://digitalcommons.kennesaw.edu/facpubs/2925/>
 64. Ministerio de salud y protección social R de C. Resolución 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. República de Colombia; 1993 p. 3.
 65. CEA D-ANCONA MÁ. *Análisis multivariante: teoría y práctica en la investigación social*. Síntesis SA, editor. Madrid. España; 2002. 428–506 p.
 66. Ruiz D, Consuegra R. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del Environmental Stress Questionnaire. *Rev Cuba Enfermería*. 2016;32(2).
 67. Joaquim P, Queir P. Caring: from condition of human existence to

- professionalised integral care. *J Nurs Ref* [Internet]. 2015;IV(5):139–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14079>
68. Alba Martín R. El Concepto de cuidado a lo largo de la Historia. *Cult los Cuid (edición digital)* [Internet]. 2015;19(41):101–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.12%3E>
 69. Baggio MA, Erdmann AL. The Circularity of the Processes of Caring and Being Cared For in Shaping the Care for “ the We .” *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2015;IV(7):11–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15012>
 70. Lescaille M. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Rev Cuba Enfermería*. 2006;22(1):1–9.
 71. Zuchetto MA, Engel FD, Silveira L, Medeiros P De, Silveira K, Hammerschmidt DA, et al. Empatia no processo de cuidado em enfermagem sob a ótica da teoria do reconhecimento: síntese reflexiva. *Rev Cuid* [Internet]. 2019;10(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.624>
 72. Lima, Marcos Paulo de Oliveira. Oliveira MCX. Meanings of nursing care for the family of patients in palliative care. *Rev Rene*. 2015;16(4):593–602.
 73. Allande Cussó R, Macías Seda J, Porcel Gálvez AM. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. *Cult los Cuid (edición digital)* [Internet]. 2019;23(55):78–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.08>
 74. Gonzalez Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan*. 2007;7(2):130–8.
 75. Duran de Villalobos M. *Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo*. 1º. Bogotá: Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia; 1998.

10 Anexos

Anexo A: Autorización para el uso de la Escala para la Evaluación del Significado del Cuidar.



MARIA EUGENIA HINCAPIE ZAPATA <meugenia.hincapie@udea.edu.co>

Re: pedido de autorização de aplicação do instrumento do EESC para fins de investigação

1 mensaje

Rosa Aparecida Pavan Bison <rosapbison@icloud.com>

3 de diciembre de 2018, 16:42

Para: MARIA EUGENIA HINCAPIE ZAPATA <meugenia.hincapie@udea.edu.co>

Prezada prof Maria Eugenia

E com prazer que recebemos seu interesse em utilizar nosso instrumento EASC. Fica disponibilizado para todos os procedimentos necessários para a aplicação. Solicitamos que sejam respeitados os elementos éticos e resguardadas as citações de autoria e procedência. Outrossim, solicitamos também, que nos mantenha informados sobre o desenvolvimento, resultados dos trabalhos efetuados assim como das possíveis publicações.

Despeço-me com saudações acadêmicas e fraternas

Rosa Aparecida Pavan Bison

Enviado do meu iPhone

Em 29 de nov de 2018, à(s) 18:06, MARIA EUGENIA HINCAPIE ZAPATA <meugenia.hincapie@udea.edu.co> escreveu:

Doutor respeitado,

Atualmente na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Antioquia, na Colômbia, estamos interessados em validar e aplicar o instrumento Escola de Avaliação do Sentido da Atenção (EESC). Por isso, solicitamos a autorização da permissão formal para o uso da Escala que foi projetada e validada por você, com o objetivo de cumprir os requisitos exigidos pelos comitês de pesquisa e ética da Universidade de Antioquia para poder aplicar esta instrumento nas instituições de saúde da nossa cidade

Aguardo com expectativa a sua pronta resposta, agradecendo antecipadamente por sua atenção e cooperação.

Atenciosamente,

MARIA EUGENIA HINCAPIE ZPATA
Enfermeira - Epidemiologista
Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Antioquia

"El Señor te bendiga y te guarde, el Señor te muestre su rostro radiante y tenga misericordia de ti, el Señor vuelva Su mirada hacia a ti y te conceda la paz". Nm 6, 24-26

María E. Hincapie Z.
Docente
Universidad de Antioquia



CAMPUS 50
La U se vive en el día



La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad de destino. Está estrictamente prohibida su utilización, copia, descarga, distribución, modificación y/o reproducción total o parcial, sin el permiso expreso de Universidad de Antioquia, pues su contenido puede ser de carácter confidencial y/o contener material privilegiado. Si usted recibió esta información por error, por

Anexo B: Escala de Avaliação do Significado do Cuidar – EASC.

Este questionário contém 44 afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada uma, assinale a opção que melhor representa a sua opinião sobre o conteúdo da afirmação.

| Afirmativas | Discordo totalmente | Discordo em dúvida | Concordo | Concordo totalmente |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|----------|---------------------|
| 1. Manter as próprias unhas cuidadas é importante | | | | |
| 2. O enfermeiro não deve expressar seus sentimentos durante o cuidado | | | | |
| 3. Estou sempre atenta às alterações da minha saúde. | | | | |
| 4. O ato de cuidar exige competência | | | | |
| 5. Durmo satisfatoriamente, todos os dias | | | | |
| 6. Habitualmente, procuro fazer uma alimentação equilibrada | | | | |
| 7. Ao cuidar, o enfermeiro deve ser imparcial | | | | |
| 8. A meiguice precisa estar presente no ato de cuidar | | | | |
| 9. Cuidar é um ato de compaixão | | | | |
| 10. A aparência pessoal é importante para o cuidado. | | | | |
| 11. Quem que cuida deve saber o que o paciente pensa sobre as próprias necessidades | | | | |
| 12. A relação de empatia com o outro é importante no cuidado | | | | |
| 13. Cuidar do próprio corpo é importante. | | | | |
| 14. Cuidar envolve compromisso de um ser humano para com outro | | | | |
| 15. O cuidado envolve afetividade | | | | |

16. Eu gosto de ser enfermeiro

17. Cuidar envolve manejo adequado das situações que se apresentam

18. O enfermeiro deve ser bem-humorado no desempenho do cuidado

19. Cuidar envolve organização

20. Cuidar envolve gentileza

21. Cuidar envolve o ideal de servir

22. Sendo impessoal o enfermeiro cuida melhor

23. O cuidado exige destreza

24. O cuidado envolve real interesse de quem cuida

25. O cuidado deve ser planejado

26. Para cuidar, o enfermeiro deve observar as normas institucionais

27. A percepção que o cliente tem do enfermeiro interfere no cuidado

28. Educação deve fazer parte do cuidado de enfermagem

29. Eu me cuido praticando atividade física

30. O bom cuidado depende da execução correta das técnicas de enfermagem

31. O código de ética deve ser colocado em prática no cuidar

32. O cuidado não tem preço

33. Para cuidar, a enfermeiro utiliza procedimentos metódicos

34. Habitualmente, utilizo o recurso da auto-medicação

35. Quem cuida precisa ter
responsabilidade, respeito e
honestidade

36. Ao cuidar o enfermeiro deve
valorizar a comunicação

37. Considero os direitos e os
deveres do cidadão ao praticar o
cuidado

38. Cuidar envolve delicadeza

39. A relação de confiança é
necessária para o cuidado

40. Reservar algum tempo
para o próprio lazer é
importante

41. Quem que cuida deve considerar
os valores do outro

42. Quem cuida deve estar bem
consigo mesmo

43. O cuidado envolve perspicácia do
enfermeiro

44. Cuidar é sinal de solidariedade.

Anexo C: Consentimiento informado participante.

Usted ha sido seleccionado para participar de la investigación que tiene como título **“adaptación transcultural, validez y confiabilidad de la escala para la evaluación del significado del cuidado (EESC)”** la cual es realizada por Helga Johanna Estevez Mendoza estudiante de la Maestría de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia; esta investigación fue evaluada y aprobada por el comité de ética de la facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia, el pasado 31 de mayo de 2019 según acta No CEI-FE 2019-21.

El objetivo de esta investigación es establecer una versión en español válida, confiable y equiparable a la Escala para la Evaluación del Significado del Cuidado (EESC).

La participación en el estudio es voluntaria, usted puede elegir participar o no en ella, de igual manera puede decidir retirarse en cualquier momento, incluso si ya había decidido participar.

Si acepta participar, se le solicitará leer este formato, hacer preguntas y solicitar aclaraciones en caso de requerirlas y desarrollar la encuesta que tiene una duración aproximada de 10 a 15 minutos máximo. Es importante aclarar que usted no recibirá ninguna compensación económica por dicha participación.

Siguiendo las consideraciones éticas que rigen para Colombia, aclaramos que esta investigación no representa riesgo alguno para los participantes. Los datos recopilados mediante el cuestionario serán la información base para este estudio, la cual aportará a la adaptación transcultural de la escala para la evaluación del significado del cuidado (EESC) y de esta manera podrá ser aplicada posteriormente para investigar en relación al cuidado de enfermería en su práctica diaria.

La investigación garantiza la confidencialidad de los participantes partiendo del reconocimiento de la dignidad y valor del individuo, además del respeto permanente a la privacidad. Los fines de la presente investigación son estrictamente académicos y profesionales.

La investigadora se compromete a clarificar oportunamente cualquier duda sobre la investigación que sea expuesta por los participantes. Si usted está de acuerdo en realizar esta encuesta, por favor firme abajo.

De antemano agradecemos su compromiso y participación en esta importante investigación

Datos investigador principal:

Nombre del investigador principal: Helga Johanna Estévez Mendoza
Dirección:
Teléfono de contacto:
E-mail: helga.estevezm@udea.edu.co

FIRMAS

Nombres y apellidos del participante:

Firma del participante:

Cedula: _____ Fecha: _____

Nombres y apellidos de la investigadora: Helga Johanna Estévez Mendoza

Firma de la investigadora: _____

Cedula: _____ Fecha: _____

Anexo D: Formato guía traductores de la Escala de Evaluación del Significado del Cuidar.

Señor traductor

Se le ha invitado a participar en la traducción de la Escala de Evaluación del Significado del Cuidar, este instrumento es una escala ordinal tipo Likert, consta de 44 enunciados, fue construida en un estudio realizado en Brasil (2007). A continuación, se le envía la Escala para su traducción, la cual se realizará como parte de la adaptación cultural de la misma por lo cual se le solicita realizar un informe escrito del proceso de traducción que realiza, con el fin de documentar el proceso.

Este informe debe contener:

- Proceso de traducción por ítem
- Resaltar frases desafiantes presentadas en el instrumento, si se presentan
- Resaltar frases ambiguas o difíciles de traducir, si se presentan
- Las razones por las cuales elige las palabras que presentaban estos inconvenientes

De igual manera me permito informarle que como parte del proceso otra persona realizará el mismo proceso por lo cual se requiere una reunión donde se revisen ambas traducciones junto con los informes con el fin de realizar una síntesis de las traducciones.

Agradezco su participación en el proceso

Atentamente,

Helga Johanna Estevez Mendoza

Investigadora principal

Teléfono:

Anexo E: Formato guía expertos participantes en la validez de contenido.

Señor experto:

Se le ha invitado a participar en el panel de expertos para evaluar la validez de contenido de la Escala para la Evaluación del Significado del Cuidar, la cual forma parte de la adaptación cultural de la versión en español de la misma, este instrumento es una escala ordinal tipo Likert, consta de 44 enunciados, fue construida en un estudio realizado en Brasil (2007), está basada en la conceptualización del cuidado realizado por Janice Morse (1990).

Su participación en el presente estudio es en calidad de experto y sus aportes contribuirán a la validación de contenido de la escala, para ello su participación debe desarrollar el siguiente proceso:

1. Leer detenidamente cada una de las preguntas (ítems) del instrumento.
2. Establecer en cada uno de los ítems: precisión, claridad y comprensión.
 - a. Claridad: El ítem tiene una redacción que permite su fácil y rápida comprensión.
 - b. Precisión: la redacción del ítem es de forma puntual y exacta, no da lugar a dudas.
 - c. Comprensión: se entiende lo que se quiere decir al leer el ítem.
3. Si se tiene observaciones o sugerencias sobre la precisión, claridad y comprensión de cada ítem es necesario referirlas frente a cada ítem.
4. Establecer en cada uno de los ítems si este es: esencial, útil pero no esencial y no necesario.
 - a. Esencial: El ítem es indispensable para interpretar el fenómeno de estudio y por lo tanto es fundamental para el instrumento
 - b. Útil, pero no esencial: El ítem es útil y sirve para interpretar el fenómeno de estudio, pero no es indispensable.
 - c. No necesario: El ítem no es necesario.

5. Si se tiene observaciones o sugerencias sobre lo esencial, útil y no necesario debe referirlas frente a cada ítem.
6. Puede preguntar cualquier duda sobre el instrumento o su participación a la investigadora Helga Johanna Estevez Mendoza
7. Devolver la valoración de los ítems en cuanto a validez de contenido al investigador.

El presente estudio se define como un estudio sin riesgo para los participantes y el beneficio resultante es el de disponer de un instrumento en español que permita avanzar en el estudio sobre el significado del cuidado en enfermería.

Helga Johanna Estevez Mendoza

Investigadora principal - Maestría en Enfermería – Facultad de Enfermería –
Universidad de Antioquia

E-mail: helga.estevezm@udea.edu.co

Celular:

Anexo F: Versiones traducción inicial al español y síntesis.

| No. | Traducción 1 | Traducción 2 | Síntesis de traducción | Consenso |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Escala de Evaluación del Significado de Cuidar – EASC | Escala de Evaluación del significado del Cuidar - EESC | Escala de Evaluación del Significado de Cuidar – EESC | Se define que a nivel semántico para el español es más entendible de cuidar. Se dejan las iniciales de cada palabra del nombre de la escala |
| | Este cuestionario contiene 44 afirmaciones. Después de leer cuidadosamente cada una, señale la opción que mejor represente su opinión sobre el contenido de la afirmación. | Este cuestionario contiene 44 afirmaciones. Después de leer cuidadosamente cada una, señale la opción que mejor representa su opinión sobre el contenido de la afirmación. | Este cuestionario contiene 44 afirmaciones. Después de leer cuidadosamente cada una, señale la opción que mejor representa su opinión sobre el contenido de la afirmación. | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 1 | Mantener sus propias uñas cuidadas es importante | Mantener sus propias uñas cuidadas es importante | Mantener sus propias uñas cuidadas es importante | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 2 | El enfermero no debe expresar sus sentimientos durante el cuidado | El enfermero no debe expresar sus sentimientos durante el cuidado | El enfermero no debe expresar sus sentimientos durante el cuidado | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 3 | Estoy siempre atenta a las alteraciones de mi salud | Estoy siempre atenta a las alteraciones de mi salud | Estoy siempre atenta a las alteraciones de mi salud | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 4 | El acto de cuidar exige competencia | El acto de cuidar exige competencia | El acto de cuidar exige competencia | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 5 | Duelmo satisfactoriamente todos los días | Duelmo satisfactoriamente todos los días | Duelmo satisfactoriamente todos los días | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 6 | Habitualmente busco realizar una alimentación equilibrada | Habitualmente intento hacer una alimentación equilibrada | Habitualmente trato de realizar una alimentación equilibrada | Se define que a nivel semántico es más entendible para el lenguaje cotidiano de la población colombiana |

| | | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | Al cuidar, el enfermero debe ser imparcial | Al cuidar, el enfermero debe ser imparcial | Al cuidar, el enfermero debe ser imparcial | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 8 | La ternura necesita estar presente en el acto de cuidar | La dulzura necesita estar presente en el acto de cuidar | La ternura es importante en el acto de cuidar | Se define ternura debido a que es la palabra utilizada en el contexto enfermero. Es revisada por un experto en semántica debido a que no se llegó a un consenso. |
| 9 | Cuidar es un acto de compasión | Cuidar es un acto de compasión | Cuidar es un acto de compasión | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 10 | La apariencia personal es importante para el cuidado | La apariencia personal es importante para el cuidado | La apariencia personal es importante para el cuidado | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 11 | El que cuida debe saber lo que piensa el paciente sobre sus propias necesidades | Quien cuida debe saber lo que el paciente piensa sobre sus propias necesidades | Quien cuida debe saber lo que el paciente piensa sobre sus propias necesidades | Se define quien, y se retira que, por semántica de la frase, para que sea más comprensible en el contexto colombiano |
| 12 | La relación de empatía con el otro es importante en el cuidado | La relación de empatía con el otro es fundamental en el cuidado | La relación de empatía con el otro es importante en el cuidado | Se define importante porque es un término más utilizado en el contexto colombiano |
| 13 | Cuidar del propio cuerpo es importante | Cuidar del propio cuerpo es importante | Cuidar del propio cuerpo es importante | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 14 | Cuidar incluye el compromiso de un ser humano para con el otro | Cuidar implica compromiso de un ser humano para con otro | Cuidar implica el compromiso de un ser humano para con otro | Se determina implica debido a que es una palabra más utilizada en el contexto colombiano |
| 15 | El cuidado involucra el afecto | El cuidado implica afectividad | Cuidar implica afecto | Es más entendible en español |
| 16 | Me gusta ser enfermero | Me gusta ser enfermero | Me gusta ser enfermero | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 17 | Cuidar implica el manejo adecuado de las situaciones que se presentan | Cuidar implica manejo adecuado de las situaciones del cuidado | Cuidar implica el manejo adecuado de las situaciones que se presentan | Se define así debido a que está mejor ordenada la frase para ser más entendible |

| | | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18 | El enfermero debe ser de buen humor en la realización del cuidado | El enfermero debe estar de buen humor en el desempeño del cuidado | El enfermero debe estar de buen humor en la realización del cuidado | El término que más se utiliza es estar de buen humor, sin embargo, debido a que es una traducción que puede tener ambigüedades es revisado por un especialista en semántica y gramática. |
| 19 | Cuidar implica organización | Cuidar implica organización | Cuidar implica organización | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 20 | Cuidar implica gentileza | Cuidar implica dulzura | Cuidar implica gentileza | Se determina gentileza debido a que en el contexto enfermero es más utilizado |
| 21 | Cuidar implica el ideal de servir | Cuidar implica el ideal de servir | Cuidar implica el ideal de servir | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 22 | De forma impersonal, el enfermero cuida mejor | Siendo impersonal el enfermero cuida mejor | De forma impersonal, el enfermero cuida mejor | Se determina de forma debido a que en el contexto colombiano es más entendible |
| 23 | El cuidado exige destreza | El cuidado exige destreza | El cuidado exige destreza | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 24 | El cuidado implica un real interés de quien cuida | El cuidado implica real interés de quien cuida | El cuidado implica real interés de quien cuida | Se define retirar "un" para que la frase quede mejor contextualizada |
| 25 | El cuidado debe ser planeado | El cuidado debe ser bien planeado | El cuidado debe ser planeado | Se define retirar bien por decisión de ambas traductoras |
| 26 | En el cuidado el enfermero debe contemplar las normas institucionales | Para cuidar, el enfermero debe observar las normas institucionales | Para cuidar el enfermero debe contemplar las normas institucionales | Se determina reorganizar la frase para que quede más entendible |
| 27 | La percepción que el cliente tiene del enfermero interfiere en el cuidado | La percepción que el cliente tiene del enfermero interfiere en el cuidado | La percepción que el cliente tiene del enfermero interfiere en el cuidado | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |

| | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28 | La educación debe hacer parte del cuidado de enfermería | La educación debe hacer parte del cuidado de enfermería | La educación debe hacer parte del cuidado de enfermería | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 29 | Me cuido practicando actividad física | Yo me cuido practicando actividad física | Yo me cuido practicando actividad física | Se define yo me cuido por mejor comprensión de la frase |
| 30 | El buen cuidado depende de la ejecución correcta de las técnicas de enfermería | El buen cuidado depende de la ejecución correcta de las técnicas de enfermería | El buen cuidado depende de la ejecución correcta de las técnicas de enfermería | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 31 | El código de ética deber ser colocado en práctica en el cuidado | El código de ética debe ser puesto en práctica al cuidar | El código de ética debe ser puesto en práctica en el cuidado | Se reorganiza la frase para que sea más entendible en el contexto colombiano |
| 32 | El cuidado no tiene precio | El cuidado no tiene precio | El cuidado no tiene precio | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 33 | Para cuidar, el enfermero utiliza procedimientos metódicos | Para cuidar, el enfermero utiliza procedimientos metódicos | Para cuidar, el enfermero utiliza procedimientos metódicos | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 34 | Habitualmente, utilizo el recurso de la automedicación | Habitualmente, utilizo el recurso de la automedicación | Habitualmente, utilizo el recurso de la automedicación | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 35 | Quien cuida necesita tener responsabilidad, respeto y honestidad | Quien cuida necesita tener responsabilidad, respeto y honestidad | Quien cuida necesita tener responsabilidad, respeto y honestidad | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 36 | Al cuidar el enfermero debe valorar la comunicación | Al cuidar el enfermero debe valorar la comunicación | Al cuidar el enfermero debe valorar la comunicación | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 37 | Considero los derechos y los deberes del ciudadano al practicar el cuidado | Considero los derechos y deberes del ciudadano al practicar el cuidado | Considero los derechos y deberes del ciudadano al practicar el cuidado | Se retira un artículo debido a que en español se utiliza un solo artículo en el inicio de la frase |
| 38 | Cuidar involucra delicadeza | Cuidar implica delicadeza | Cuidar implica delicadeza | Se define implica debido a que es una palabra que se utiliza más en el contexto colombiano |
| 39 | La relación de confianza es necesaria para el cuidado | La relación de confianza es necesaria para el cuidado | La relación de confianza es necesaria para el cuidado | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |

| | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 40 | Reservar algún tiempo para el propio esparcimiento es importante | Reservar un tiempo para el propio ocio es importante | Reservar algún tiempo para el propio ocio es importante | Se reorganiza la frase para que quede más entendible en el contexto colombiano |
| 41 | Quien cuida debe considerar los valores del otro | Quien cuida debe considerar los valores del otro | Quien cuida debe considerar los valores del otro | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 42 | Quien cuida debe estar bien con si mismo | Quien cuida debe estar bien consigo mismo | Quien cuida debe estar bien consigo mismo | Es revisada por un experto en gramática, debido a que no se llegó a un consenso |
| 43 | El cuidado implica perspicacia del enfermero | El cuidado implica perspicacia del enfermero | El cuidado implica perspicacia del enfermero | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |
| 44 | Cuidar es señal de solidaridad | Cuidar es señal de solidaridad | Cuidar es señal de solidaridad | No hay diferencias por lo cual no se discute ni realiza ningún cambio |

Anexo G: Perfil de expertos participantes en la adaptación transcultural.

| Expertos | Título académico | Área de experiencia | Cargo actual | Institución donde labora |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| Experto 1 | Doctorado en enfermería | en Cuidado perioperatorio, epistemología de enfermería, investigación | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 2 | Magister en cuidados paliativos Doctorando en enfermería (c) | en Cuidado a la persona con enfermedad crónica, cuidado a los cuidadores | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 3 | Especialización en cuidado al adulto en estado crítico Maestría en educación y desarrollo humano Doctorando en educación (c) | en Urgencias - cuidado intensivo adulto | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 4 | Doctorado en enfermería | en Urgencias y cuidado intensivo | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 5 | Maestría en enfermería Doctorado en enfermería | en Adulto y Adulto mayor | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 6 | Maestría en enfermería | en Cuidado al paciente en estado crítico de salud | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 7 | Maestría en salud colectiva Maestría en bioética | en Enfermería comunitaria, docencia | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 8 | Maestría en ciencias de la enfermería Gerontological nurse practitioner | en clínica, docente, administrativa, investigativa | Docente | Universidad de la Sabana |

Anexo H: Perfil expertos participantes en la validez facial y de contenido.

| Expertos | Título académico | Área de experiencia | Cargo actual | Institución donde labora |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| Experto 1 | Maestría en salud colectiva Maestría en bioética | Enfermería comunitaria, docencia | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 2 | Maestría en enfermería | Cuidado al paciente en estado crítico de salud | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 3 | Especialización en cuidado al adulto en estado crítico de salud Maestría en educación y desarrollo humano Doctorando en educación | Urgencias - cuidado intensivo adulto | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 4 | Doctorado en enfermería | Cuidado perioperatorio, epistemología de enfermería, investigación | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 5 | Doctorado en enfermería | Urgencias y cuidado intensivo | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 6 | Maestría en enfermería Doctorado en enfermería | Adulto y adulto mayor | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 7 | Maestría en enfermería | | Docente | Universidad de Antioquia |
| Experto 8 | Especialista en enfermería en cuidado al niño en estado crítico Maestría en epidemiología | Cuidado intensivo | Docente | Universidad católica de oriente |
| Experto 9 | Maestría en educación | Obstetricia y pediatría | Docente | Universidad católica de oriente |
| Experto 10 | Especialista en cuidado intensivo pediátrico Maestría en gestión sanitaria | Cuidado intensivo | Docente | Universidad católica de oriente |

Anexo I: Cambios de la adaptación transcultural siguiendo las recomendaciones de los expertos.

| Versión traducción al español de la EESC | al | Cambios realizados según las recomendaciones de los expertos | Observaciones |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO: Escala de Evaluación del Significado de Cuidar – EESC | de | TÍTULO: Escala de Evaluación del Significado del Cuidado – EESC | El índice de validez en este ítem fue mayor de 0,6 sin embargo por indicación de los expertos se modifica para mejorar la redacción |
| INDICACIONES: Este cuestionario contiene 44 afirmaciones. Después de leer cuidadosamente cada una, señale la opción que mejor representa su opinión sobre el contenido de la afirmación. | Este | INDICACIONES: Este cuestionario contiene 44 afirmaciones. Después de leer cada una, señale la opción que mejor representa su opinión sobre el contenido de la expresión. | El índice de validez en este ítem fue mayor de 0,6 sin embargo por indicación de los expertos se modifica para mejorar la redacción |
| OPCIONES DE RESPUESTA: Totalmente en desacuerdo / En desacuerdo / En duda / De acuerdo / Totalmente de acuerdo | | OPCIONES DE RESPUESTA: Totalmente en desacuerdo / En desacuerdo / En duda / De acuerdo / Totalmente de acuerdo | El índice de validez en este ítem es mayor de 0,6, sin embargo, hay una observación acerca de la opción de duda |
| 1. Mantener sus propias uñas cuidadas es importante | | 1. Mantener las uñas ordenadas es importante dentro del cuidado personal. | Se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, índice de validez menor de 0,6 |
| 2. El enfermero no debe expresar sus sentimientos durante el cuidado | | 2. El profesional de enfermería no debe expresar sus sentimientos al realizar los cuidados. | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 3. Estoy siempre atenta a las alteraciones de mi salud | | 3. Reconozco y atiendo las alteraciones de mi salud. | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 4. El acto de cuidar exige competencia | | 4. Cuidar exige competencias | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 5. Duermo satisfactoriamente todos los días | | 5. Tengo un sueño reparador todos los días. | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 6. Habitualmente trato de realizar una alimentación equilibrada | 6. Habitualmente trato de tener una alimentación equilibrada. | Se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, índice de validez menor de 0,6 |
| 7. Al cuidar, el enfermero debe ser imparcial | 7. El profesional de enfermería debe ser imparcial al cuidar. | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 8. La ternura es importante en el acto de cuidar | 8. La ternura es importante en el cuidado. | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 9. Cuidar es un acto de compasión | 9. Cuidar es un acto de compasión. | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 10. La apariencia personal es importante para el cuidado | 10. La apariencia personal es importante para el cuidado. | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 11. Quien cuida debe saber lo que el paciente piensa sobre sus propias necesidades | 11. Quien cuida debe saber lo que el paciente piensa sobre sus propias necesidades | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 12. La relación de empatía con el otro es importante en el cuidado | 12. La relación de empatía con el otro es importante en el cuidado | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 13. Cuidar del propio cuerpo es importante | 13. El autocuidado del cuerpo es importante | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 14. Cuidar implica el compromiso de un ser humano para con otro | 14. Cuidar implica el compromiso de un ser humano para con otro | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 15. Cuidar implica afecto | 15. Cuidar implica afecto | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 16. Me gusta ser enfermero | 16. Me gusta ser enfermero | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 17. Cuidar implica el manejo adecuado de las situaciones que se presentan | 17. Cuidar implica el manejo adecuado de las situaciones que se presentan en la interacción con las personas | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. El enfermero debe estar de buen humor en la realización del cuidado | 18. El profesional de enfermería debe estar de buen humor para llevar a cabo el cuidado. | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 19. Cuidar implica organización | 19. El profesional de enfermería debe ser organizado al brindar los cuidados | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 20. Cuidar implica gentileza | 20. Cuidar implica gentileza | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 21. Cuidar implica el ideal de servir | 21. Cuidar lleva implícito el valor del servicio | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 22. De forma impersonal, el enfermero cuida mejor | 22. El profesional de enfermería cuida mejor cuando lo hace de manera impersonal | Se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, índice de validez menor de 0,6 |
| 23. El cuidado exige destreza | 23. El cuidado exige destreza | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 24. El cuidado implica real interés de quien cuida | 24. Cuidar implica demostrar interés por la persona que se cuida | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 25. El cuidado debe ser planeado | 25. El cuidado debe ser planeado | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 26. Para cuidar el enfermero debe contemplar las normas institucionales | 26. Para la realización del cuidado se deben seguir los protocolos y las normas institucionales | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 27. La percepción que el cliente tiene del enfermero interfiere en el cuidado | 27. La percepción que el paciente tiene sobre el profesional de enfermería interfiere en el cuidado | Se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, índice de validez menor de 0,6 |
| 28. La educación debe hacer parte del cuidado de enfermería | 28. La educación debe hacer parte del cuidado de enfermería | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29. Yo me cuido practicando actividad física | 29. Yo me cuido practicando actividad física | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 30. El buen cuidado depende de la ejecución correcta de las técnicas de enfermería | 30. El buen cuidado demanda competencia técnica. | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 31. El código de ética debe ser puesto en práctica en el cuidado | 31. El cuidado debe estar guiado por la ética | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 32. El cuidado no tiene precio | 32. El cuidado de enfermería es muy significativo para quien lo recibe | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 33. Para cuidar, el enfermero utiliza procedimientos metódicos | 33. Para realizar el cuidado, el enfermero utiliza procesos metodológicos | Se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, índice de validez menor de 0,6 en el componente semántico |
| 34. Habitualmente, utilizo el recurso de la automedicación | 34. Habitualmente, utilizo el recurso de la automedicación | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 35. Quien cuida necesita tener responsabilidad, respeto y honestidad | 35. Durante el cuidado el profesional de enfermería debe ser responsable, respetuoso y honesto | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la claridad de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 36. Al cuidar el enfermero debe valorar la comunicación | 36. La comunicación es esencial para llevar a cabo el cuidado de enfermería | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 37. Considero los derechos y deberes del ciudadano al practicar el cuidado | 37. Cuando cuido a la persona tomo en cuenta sus derechos y deberes como ciudadano | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 38. Cuidar implica delicadeza | 38. Cuidar implica delicadeza | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |

| | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 39. La relación de confianza es necesaria para el cuidado | 39. la relación de confianza entre el paciente y el profesional de enfermería es necesaria para el cuidado | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 40. Reservar algún tiempo para el propio ocio es importante | 40. Reservar tiempo para el ocio es importante. | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 41. Quien cuida debe considerar los valores del otro | 41. Durante el cuidado el profesional de enfermería debe tener en cuenta los valores del paciente | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 42. Quien cuida debe estar bien consigo mismo | 42. Quien cuida debe estar bien consigo mismo | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |
| 43. El cuidado implica perspicacia del enfermero | 43. Para cuidar, el enfermero debe tener intuición. | A pesar de que el índice de validez es mayor 0,6 se modifica la oración para mejorar la semántica de esta, basándose en recomendaciones generales de los expertos |
| 44. Cuidar es señal de solidaridad | 44. Cuidar es señal de solidaridad | Índice de validez mayor de 0,6, no se modifica |

Anexo J: Traducción de la versión en español de la escala de evaluación del significado del cuidado al portugués.

Escala de Avaliação do Significado do Cuidado

Este questionário contém 41 afirmações. Depois de ler cada uma, marque a opção que melhor representa sua opinião sobre o conteúdo da expressão.

| Expressão | Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida | Discordo | Discordo totalmente |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|-----------|----------|---------------------|
| 1. Reconheço e atendo as alterações da minha saúde. | | | | | |
| 2. Cuidar exige competências. | | | | | |
| 3. Tenho um sono reparador todos os dias. | | | | | |
| 4. Habitualmente, trato de ter uma alimentação equilibrada. | | | | | |
| 5. O profissional de enfermagem deve ser imparcial ao cuidar. | | | | | |
| 6. A ternura é importante no cuidado. | | | | | |
| 7. Cuidar é um ato de compaixão. | | | | | |
| 8. A aparência pessoal é importante para o cuidado. | | | | | |
| 9. Quem cuida deve conhecer o que o paciente pensa sobre suas próprias necessidades. | | | | | |
| 10. A relação de empatia com o outro é importante no cuidado. | | | | | |
| 11. O autocuidado corporal é importante. | | | | | |
| 12. Cuidar implica o compromisso de um ser humano com outro. | | | | | |
| 13. Cuidar implica afeto. | | | | | |
| 14. Gosto de ser enfermeiro/a. | | | | | |
| 15. Cuidar implica o manejo adequado das situações que se | | | | | |

apresentam na interação com as pessoas.

16. O profissional de enfermagem deve estar de bom humor para levar a cabo o cuidado.

17. O profissional de enfermagem deve ser organizado ao brindar os cuidados.

18. Cuidar implica gentileza.

19. Cuidar tem implícito o valor do serviço.

20. O profissional de enfermagem cuida melhor quando faz de modo impessoal.

21. O cuidado exige destreza.

22. Cuidar implica demonstrar interesse pela pessoa que está cuidando.

23. O cuidado deve ser planejado.

24. Para a realização do cuidado é preciso seguir os protocolos e as normas institucionais.

25. A percepção que o paciente tem sobre o profissional de enfermagem influencia no cuidado.

26. A educação deve fazer parte do cuidado de enfermagem.

27. Eu me cuido praticando atividade física.

28. O bom cuidado demanda competência técnica.

29. O cuidado deve estar guiado pela ética.

30. O cuidado de enfermagem é muito significativo para quem recebe.

31. Para levar a cabo o cuidado, o enfermeiro utiliza processos metodológicos.

32. Durante o cuidado, o profissional de enfermagem deve atuar com responsabilidade, respeito e honestidade.

33. A comunicação é essencial para levar a cabo o cuidado de enfermagem.

34. Quando cuido a pessoa, tenho em conta seus direitos e deveres como cidadão/ã.

35. Cuidar implica delicadeza.

36. A relação de confiança entre o paciente e o profissional de enfermagem é necessária para o cuidado.

37. Reservar tempo para o ócio é importante.

38. Para o cuidado, o profissional de enfermagem deve levar em conta os valores do paciente.

39. Quem cuida deve estar bem consigo mesmo.

40. Para cuidar, o enfermeiro deve ter intuição.

41. Cuidar é sinal de solidariedade

Anexo K: Versión en español de la escala de evaluación del significado del cuidado luego de la adaptación transcultural y las validaciones.

Escala de Evaluación del Significado del Cuidado – EESC

Este cuestionario contiene 35 afirmaciones. Después de leer cada una, señale la opción que mejor representa su opinión sobre el contenido de la expresión.

| Expresión | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En duda | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|---------|---------------|--------------------------|
| 1. Reconozco y atiendo las alteraciones de mi salud. | | | | | |
| 2. Tengo un sueño reparador todos los días. | | | | | |
| 3. Habitualmente trato de tener una alimentación equilibrada. | | | | | |
| 4. La ternura es importante en el cuidado. | | | | | |
| 5. Cuidar es un acto de compasión. | | | | | |
| 6. La apariencia personal es importante para el cuidado. | | | | | |
| 7. Quien cuida debe conocer lo que el paciente piensa sobre sus propias necesidades. | | | | | |
| 8. La relación de empatía con el otro es importante en el cuidado. | | | | | |
| 9. El autocuidado del cuerpo es importante. | | | | | |
| 10. Cuidar implica el compromiso de un ser humano con otro. | | | | | |
| 11. Cuidar implica afecto. | | | | | |
| 12. Me gusta ser enfermero/a. | | | | | |
| 13. Cuidar implica el manejo adecuado de las situaciones que se presentan en la interacción con las personas. | | | | | |
| 14. El profesional de enfermería debe estar de | | | | | |

buen humor para llevar a cabo el cuidado.

15. Cuidar implica gentileza.

16. Cuidar lleva implícito el valor del servicio.

17. El profesional de enfermería cuida mejor cuando lo hace de manera impersonal.

18. El cuidado exige destreza.

19. Cuidar implica demostrar interés por la persona que se cuida.

20. El cuidado debe ser planeado.

21. Para la realización del cuidado se deben seguir los protocolos y las normas institucionales.

22. La educación debe hacer parte del cuidado de enfermería.

23. Yo me cuido practicando actividad física.

24. El buen cuidado demanda competencia técnica.

25. El cuidado debe estar guiado por la ética.

26. El cuidado de enfermería es muy significativo para quien lo recibe.

27. Para llevar a cabo el cuidado, el enfermero utiliza procesos metodológicos.

28. Durante el cuidado el profesional de enfermería debe actuar con responsabilidad, respeto y honestidad.

29. La comunicación es esencial para llevar a cabo el cuidado de enfermería.

30. Cuando cuido a la persona tomo en cuenta sus

derechos y deberes como ciudadano/a.

31. Cuidar implica delicadeza.

32. La relación de confianza entre el paciente y el profesional de enfermería es necesaria para el cuidado.

33. Para el cuidado el profesional de enfermería debe tener en cuenta los valores del paciente.

34. Quien cuida debe estar bien consigo mismo.

35. Cuidar es señal de solidaridad.
