



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA
ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL
(CPS) DE LA DOCTORA KRISTEN
SWANSON VERSION EN ESPAÑOL**

LUCY MARCELA VESGA GUALDRON

Universidad Nacional De Colombia
Facultad De Enfermería
Programa De Maestría En Enfermería
Bogotá D.C, 2013

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL (CPS) DE LA DOCTORA KRISTEN SWANSON VERSION EN ESPAÑOL

LUCY MARCELA VESGA GUALDRON

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: **Magister en Enfermería
con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal**

Directora: CARMEN HELENA RUIZ
Magister En Enfermería

Línea de Investigación: Cuidado de Enfermería Materno Perinatal

Universidad Nacional De Colombia
Facultad De Enfermería
Programa De Maestría En Enfermería
Bogotá D.C, 2013

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá D.C,

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida y concederme la gracia de poder cumplir mis sueños, a la Virgen María y mi Ángel Guardián por ser mi guía y fortaleza en este proceso que con su gracia ha llegado a buen fin.

A mi familia: a mis Padres por hacer de mi un buen ser humano, a Madre por su ejemplo y mis hermanas por su apoyo incondicional, a mi Esposo por su aliento y fortaleza y a mi hijo, por ser mi gran motivación aun antes de existir en mi vida.

A todas las personas que me quieren y se alegran de mis logros y sobre todo a aquellas que con su voz de aliento y colaboración aportaron desde la barrera a esta lucha diaria.

AGRADECIMIENTOS

A la profesora Carmen Helena Ruiz, por su direccionamiento, su compañía y apoyo académico y profesional en todo el transcurrir de este proyecto.

Al profesor Humberto Mayorga, por todo su aporte en el proceso de obtención y análisis de resultados, y por ser guardián de cada detalle de rigor científico.

A la Dra. Kristen Swanson, quien permitió el uso de la Escala de Cuidado Profesional para el desarrollo de la presente investigación.

A cada una de las docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional que con sus críticas constructivas permitieron perfeccionar muchos detalles del presente trabajo.

A los directivos de todas las instituciones que participaron del desarrollo de este proyecto, por abrirme sus puertas y permitirme el acceso a la población objeto.

A cada una de las niñas, mujeres y madres en gestación, por su valiosa participación y por permitir hacer este proyecto una realidad.

RESUMEN

Reconociendo el valor de la estrategia del control prenatal y la necesidad de la relación profesional adecuada y teniendo en cuenta la importancia del cuidado de enfermería durante la gestación, el acompañamiento permanente que se ofrece a la gestante y la determinante relación enfermera – madre en gestación; se identifica como una necesidad urgente la medición de la percepción que tiene las madres del cuidado profesional de Enfermería¹ en la atención del control prenatal. Existen varios instrumentos para medir el cuidado profesional, pero todos ellos permiten la valoración del cuidado hospitalario. La escala de Cuidado profesional (CPS) permite la medición del cuidado profesional en un ambiente ambulatorio, Por tanto es necesario que cumpla con las medidas de confiabilidad y validez establecidas para tal fin².

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la validez y confiabilidad de una Escala de Cuidado Profesional (SCP) derivada de la escala propuesta por la Dra. Kristen Swanson, que mide el cuidado profesional en la atención ofrecida a las mujeres gestantes.

Para conseguirlo se realizó un estudio metodológico riguroso, donde se aplicaron pruebas para la Validez Facial, de Contenido, de Constructo y la Confiabilidad.

La validez facial, fue realizada con una muestra heterogénea de mujeres de diversos lugares del país, con un nivel académico predominante bajo, quienes evaluaron la comprensibilidad de cada uno de los ítemes de la escalas, los cuales son altamente comprensibles; la comprensibilidad bruta de todos los ítemes superó el 94%.

La validez de Contenido de esta escala fue realizada por un nutrido panel de Enfermeras Expertas, con amplia experiencia y formación académica, quienes dieron su concepto y

¹ SWANSON, Kristen. *Caring made visible*. En: Creative Nursing Journal. 1998. Vol.4. N°4. Pag: 8-11, 16

² SANCHEZ, Ricardo. ECHEVERRY, Jairo. Validación de Escalas de Medición en Salud. En: Revista de Salud pública. 2004. Vol. 6, No 3. Bogotá. Pag: 302-18.

juzgaron la importancia de cada uno de los ítemes que integra la escala. La Escala reveló una alta validez de contenido con un Índice de Validez de Contenido Global de (0.893).

La escala de cuidado profesional mostró una consistencia interna excelente, siendo el alfa de Cronbach de 0,907.

Se presenta a la comunidad científica una escala con un constructo que reconoce en su estructura teórica dos factores: Sanador compasivo y Sanador Competente, altamente comprensible, con gran validez de contenido de acuerdo al criterio de expertos y con un alto nivel de confiabilidad.

ABSTRACT

Recognizing the value of the strategy of prenatal care and the need for proper professional relationship and considering the importance of nursing care during pregnancy, ongoing support is offered to pregnant women and determining nurse - mother in pregnancy; is identified as an urgent need to measure the perceptions of mothers professional nursing care in prenatal care . There are several instruments to measure professional care , but they allow the assessment of hospital care .Professional Care Scale (CPS) allows measurement of professional care in an outpatient setting , therefore it is necessary to comply with the measures established reliability and validity for this purpose.

This study aims to determine the validity and reliability of a Professional Care Scale (SCP) derived from the scale proposed by Dr. Kristen Swanson, measuring professional care in the care offered to pregnant women

To get a rigorous methodological study, which tests for Facial Validity, Content, Construct and applied Reliability was performed.

Face validity was conducted with a heterogeneous sample of women from around the country, with a predominant low academic level, who evaluated the comprehensibility of each of the items on the scales, which are highly understandable; gross comprehensibility of all items exceeded 94 %.

The content validity of this scale was carried out by a large panel of Expert Nurses with extensive experience and education, who had valued the concept and importance of each items integrating scale. Scale revealed a high content validity index with Global Content Validity of (0.893).

The professional care scale showed excellent internal consistency, with Cronbach's alpha of 0.907.

Is presented to the scientific community a scale with a construct in its theoretical structure recognizes two factors: Compassionate Healer and Healer Competent, highly understandable, with great content validity as determined by experts and with a high level of reliability

LISTA DE FIGURAS

	Pag
Figura No 1: Estructura de cuidado Kristen Swanson	27
Grafica Nº 2: Distribución de Lugares para Toma de Muestra	76
Gráfico Nº 3: Comprensibilidad de la Escala de Cuidado Profesional Versión en Español. 2011	78
Gráfico Nº 4: Comprensibilidad de Items modificados	80
Gráfico Nº 5: Grafico de sedimentación	88
Gráfico Nº6: Análisis del Constructo y Confiabilidad de la Escala	90

LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla N° 1: Bogotá D. C. Número de equipamientos por sector, población y número de equipamientos por cada 10.000 habitantes según localidad. 2009.	45
Tabla N° 2: Engativá. Número de equipamientos de salud por tipo según UPZ.	46
Tabla N° 3: Calculo de Muestra para Validez Facial	49
Tabla n° 4: Pruebas Empleadas	68
Tabla N° 5: Distribución de Expertas por formación académica y área del cuidado	69
Tabla N° 6: Calculo de Kappa de Fleiss con 11 Evaluadores	71
Tabla N° 7: Calculo de Kappa de Fleiss con 10 Evaluadores	72
Tabla N° 8: Calculo de Índice de Validez de Contenido de Lawshe	73
Tabla N° 9: Índice de Validez de Contenido de Lawshe Por cada Concepto del Instrumento	75
Tabla N° 10: Escolaridad de las Participantes de la Prueba de Validez Facial	77
Tabla N° 11: Lugares de Procedencia de las Participantes	77
Tabla N° 12: Nivel de Escolaridad de Las Participantes	80
Tabla N° 13: Comparación de Niveles de Comprensibilidad	81
Tabla N° 14: Comprensibilidad de los Ítems de la Escala	81
Tabla N° 15: Varianza Total Explicada Escala Dicotómica	84
Tabla N° 16: Matriz de Componentes Rotados Escala Dicotómica	85
Tabla N° 17: KMO y Prueba de Bartlett escala tipo Likert	86
Tabla N° 18: Varianza Total Explicada Escala tipo Likert	87
Tabla N° 19: Matriz de Componentes Rotados(a) Escala tipo Likert	88
Tabla N° 20: Escala De Cuidado Profesional Con Pruebas De Validez Y Confiabilidad	91
Tabla N 21: Escala de cuidado Profesional. Versión Original	94
Tabla N 22: Comparación de las Versiones de la Escala de cuidado Profesional. Versión Original y Versión en Español	96

LISTA DE SIMBOLOS Y ABREVIATURAS

(CPS): Escala de Cuidado Profesional

(CPN): control prenatal

(OMS): Organización Mundial de la Salud

(ENDS): Encuesta de Demografía y Salud

(SPNCS): Encuesta de Percepción de Atención de Enfermería de Schmidt

(OPPQNCS): Percepción de los pacientes oncológicos sobre la calidad del cuidado de Enfermería

(CBBCPN): Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control prenatal

(CES): eficacia del cuidado de enfermería Caring Efficacy Scale

(CBI): Caring Behaviors Inventory,

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
RESUMEN.....	IV
LISTA DE FIGURAS.....	X
LISTA DE TABLAS.....	XI
LISTA DE SIMBOLOS Y ABREVIATURAS.....	XII
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1	4
1. MARCO REFERENCIAL.....	4
1.1 Surgimiento Y Definición Del Área Problema: Panorama Nacional E Internacional De Las Condiciones De La Salud Materna Y Perinatal.....	4
1.2 Antecedentes.....	9
1.3 Justificación.....	20
1.4 Problema.....	22
1.5 Objetivos.....	23
1.5.1 Objetivo general.....	23
1.5.2 Objetivos específicos.....	23
1.6 Definición De Conceptos.....	23
1.6.1 Cuidado.....	23
1.6.2 Validez facial.....	24
1.6.3 Validez de contenido.....	25
1.6.4 Validez de constructo.....	25
1.6.5 Confiabilidad.....	25
CAPITULO 2	26
2.1 REFERENTE TEORICO: TEORIA DE LOS CUIDADOS.....	26
2.1.1 Procesos de Cuidado.....	27
2.2 Conceptos Metaparadigmáticos.....	29
2.2.1 Enfermería.....	29
2.2.2 Persona.....	29
2.2.3 Salud y bienestar.....	30

2.2.4 Entorno.....	30
2.3 Cuidado Profesional.....	30
2.4 Validación de un Instrumento.....	31
2.4.1 Instrumento de Medición.....	31
2.4.2 Error de Medición.....	32
2.4.3 Análisis de instrumentos.....	32
2.5 Validez.....	33
2.5.1 La validez de contenido.....	33
2.5.2 La validez de constructo.....	35
2.5.3 La validez Facial.....	36
2.6 Confiabilidad.....	36
2.5.1 Estabilidad.....	37
2.5.2 Equivalencia Formas Paralelas.....	38
2.5.3 Equivalencia -fiabilidad íter evaluadores.....	38
2.5.4 Homogeneidad.....	39
2.6 Relación Entre Confiabilidad y Validez.....	40
CAPITULO 3	41
3 MARCO DE DISEÑO.....	41
3.1 Tipo De Estudio.....	41
3.2 Participantes.....	41
3.2.1 Validez de Contenido.....	42
3.2.2 Validez Facial.....	42
3.2.3 Validez de Constructo y Confiabilidad.....	42
3.3 Tiempo.....	42
3.4 Lugar.....	42
3.5 Muestra.....	47
3.5.1 Validez de Contenido.....	47
3.5.2 Validez Facial.....	47
3.5.3 Validez de Constructo y Confiabilidad.....	48
3.6 Tipo de Muestreo.....	48
3.7 Tamaño de la Muestra.....	48
3.8 Criterios de Inclusión.....	51
3.9 Criterios de Exclusión.....	51
3.10 Instrumento.....	52

3.11	Procedimiento.....	53
3.11.1	Determinar la validez de contenido.....	54
3.11.2	Determinar la validez facial.....	55
3.11.3	Determinar la validez de constructo y confiabilidad.....	57
3.12	Socialización de los Resultados.....	60
	CAPITULO 4	61
4	CONSIDERACIONES ETICAS.....	61
4.1	Principios Éticos.....	61
4.1.1	Beneficencia.....	61
4.1.2	No Maleficencia.....	61
4.1.3	Autonomía.....	62
4.1.4	Justicia.....	66
4.2	Aspectos Éticos.....	66
	CAPITULO 5	68
5.	MARCO DE ANALISIS DE RESULTADOS.....	68
5.1	Validez de Contenido.....	68
5.2	Validez Facial.....	75
5.3	Validez de Constructo y Confiabilidad.....	82
5.3.1	Análisis factorial para escala con respuesta dicotómica Si o No.....	83
5.3.2	Análisis factorial para escala con respuesta tipo Likert de cuatro opciones.....	86
5.3.3	Confiabilidad de la escala con respuesta dicotómica Si o No.....	89
5.3.4	Confiabilidad de la escala con respuesta tipo Likert de cuatro opciones.....	89
6.	DISCUSION.....	93
7.	CONCLUSIONES.....	98
8.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	99
9.	RECOMENDACIONES.....	100
	BIBLIOGRAFIA	101
	ANEXOS	114

INTRODUCCION

De acuerdo con las estadísticas mundiales y locales, el panorama de la salud materno perinatal, a pesar del desarrollo científico y tecnológico sigue siendo insatisfactorio. Las tasas de mortalidad materna y perinatal son influenciadas por las condiciones de atención prenatal, del parto y el post parto, así como por los aspectos biológicos de la reproducción humana y la presencia de enfermedades provocadas o agravadas durante el período de embarazo y puerperio.¹ Cerca del 80% de muertes de mujeres por causas obstétricas directas son evitables, mediante la adopción de medidas relativamente simples y costo efectivas. Uno de los elementos importantes que contribuyen a la reducción de las muertes maternas es asegurar la disponibilidad y acceso a servicios y cuidados de calidad². Hay estudios que muestran que las mujeres no usan los servicios si consideran que las han tratado sin respeto, si los servicios no responden a sus necesidades, o si no son de calidad aceptable.³

En ese sentido debe mencionarse lo referido por Cáceres en el 2009 en el artículo “Control prenatal: una reflexión urgente” donde contempla la adherencia y las barreras de acceso al control prenatal (CPN) en Colombia. El estudio concluye a pesar de que los objetivos y atributos del control prenatal están claramente planteados, poco se ha profundizado en los esfuerzos para que se materialicen en acciones en el escenario real de la atención. A pesar de que el CPN es una prioridad en todos los planes y programas

¹ ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington D.C.: OPS, 2004. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/PrenatalcareManualesp.pdf>

² *Ibíd.*

³ *Ibíd.*

de salud, no todas las mujeres asisten, y quienes lo hacen, muestran insatisfacción con el servicio.⁴ Esto se debe a ciertos factores individuales y barreras de acceso, los cuales han sido poco estudiados. Por esto, propone iniciar la investigación desde la percepción de las embarazadas, sus necesidades y expectativas con respecto al CPN.⁵

De Acuerdo con Villar y colaboradores en el metanálisis realizado en el año 2008, factores que contribuyen a la insatisfacción de las madres gestantes con el control prenatal tienen que ver con la disminución del número de consultas.⁶

Otra consideración de gran importancia que debe exaltarse es que la calidad, cobertura, accesibilidad y gratuidad de la atención prenatal impactan positivamente las cifras de mortalidad y de forma independiente al mejoramiento de los indicadores económicos de cada país. Como lo afirman Guzmán y Pazmiño, en su investigación publicada en el año 2009, titulada “Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna Análisis de una tendencia, 1994-2004 en Cali”. El estudio muestra como a partir de 1994 a 2004 se observó una disminución significativa de la mortalidad; sin embargo no muestran evidencia de un mejoramiento cuantitativo de los indicadores de desarrollo social y económico de la ciudad; en tanto se considera que los factores de riesgo intervenidos por la atención prenatal, la alta cobertura institucional de la atención del parto y el mejoramiento de la red de referencia y contra referencia, son los responsables de la disminución de las cifras de mortalidad materna; que fundamentados en las proyecciones calculadas en 1986 por Guzmán, se estima en un 80%.⁷

La clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general si no en ofrecer una atención eficaz y accesible. El empoderamiento de las mujeres es una estrategia clave para la reducción de la mortalidad materna. El reconocer que las mujeres tienen el derecho a elegir sus propias alternativas, proporcionándoles información adecuada, favoreciendo la toma de

⁴ CACERES, Flor de María. Control prenatal: Una reflexión urgente. En: Revista Colombia de Obstetricia y Ginecología. 2009. Vol. 60. N° 2. Pag:165-70.

⁵ Ibid.

⁶ VILLAR, Caroli Y colaboradores. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. En: La Biblioteca Cochrane Plus. 2008. Vol. 2.

⁷ GUZMAN, Ney. PAZMIÑO, Sonia. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Analisis de una tendencia 1994-2004, Cali, Colombia. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009. Vol. 60 N° 1.

decisiones en lo referente a su salud; reafirma el ejercicio pleno de sus derechos y su autonomía.⁸

De otra parte, investigaciones como la realizada en la ciudad de Bogotá por Alzate y colaboradores titulada “Análisis de mortalidad materna en Bogotá durante los años 2006, 2007 y 2008” refuerzan con sus resultados que las madres que mueren tienen menos controles prenatales que las madres en general.⁹

Como puede verse, los resultados de las investigaciones hablan de la importancia del Control Prenatal para la salud materna y lo reafirman como la estrategia por excelencia para impactar positivamente las cifras de morbimortalidad. Además, son bondadosos los beneficios para la salud perinatal, neonatal e infantil. Sánchez y colaboradores en el año 2005 comprueban que el control prenatal adecuado modifica la incidencia del síndrome de insuficiencia respiratoria, bajo peso al nacimiento y prematurez en los neonatos. La mortalidad neonatal fue menor a la observada en otros estudios¹⁰.

Reconociendo el valor de la estrategia del control prenatal y la necesidad de la relación profesional adecuada que propenda por la adherencia de las madres gestantes, y teniendo en cuenta la importancia del cuidado de enfermería durante la gestación, el acompañamiento permanente que se ofrece a la gestante y la determinante relación enfermera – madre en gestación; se identifica como una necesidad urgente la medición de la percepción que tiene las madres del cuidado profesional de Enfermería¹¹ en la atención del control prenatal. Por tanto es necesario que el instrumento de medición que existe para ello, cumpla con las medidas de confiabilidad y validez establecidas para tal fin¹².

⁸ *Ibíd.*

⁹ ALZATE, Andrea. BRACHO, Alcides Camilo. FAJARDO, Luisa Malely. *En: Universidad Nacional de Colombia.* 2010.

¹⁰ SANCHEZ Hector Rafael y Colaboradores. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *En: Revista Médica del IMSS.* 2005. Vol. 43 n° 5.

¹¹ SWANSON, Kristen. *Caring made visible.* *En: Creative Nursing Journal.* 1998. Vol.4. N°4. Pag: 8-11, 16.

¹² SANCHEZ, Ricardo. ECHEVERRY, Jairo. Validación de Escalas de Medición en Salud. *En: Revista de Salud pública.* 2004. Vol. 6, No 3. Bogotá. Pag: 302-18.

1.MARCO REFERENCIAL

1.1 SURGIMIENTO Y DEFINICIÓN DEL ÁREA PROBLEMA

De acuerdo con lo publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Mayo del año 2012, a pesar de que se ha reducido la mortalidad materna en casi un 50% desde 1990 a 2010; cerca de 800 mujeres mueren en el mundo cada día por complicaciones durante el embarazo y el parto¹³. La mayoría de estas muertes se pueden evitar; las intervenciones médicas necesarias existen y son bien conocidas.¹⁴ El principal obstáculo es la falta de acceso a la atención de buena calidad antes, durante y después del parto. Cada año mueren más de 3 millones de recién nacidos, y otros 2,6 millones mueren antes de nacer. Los patrones de estas muertes son similares a los patrones de las muertes maternas y la mayoría se producen en los países en desarrollo.¹⁵ La situación es de tal magnitud, que uno de los objetivos del desarrollo del nuevo milenio es mejorar la salud materna y perinatal, para lo cual se estableció como objetivo la reducción de la mortalidad en un 75% y lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015.¹⁶ La mortalidad materna ha disminuido en un 47%. Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2010 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000

¹³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. Nota descriptiva N° 348 de Mayo de 2012. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

¹⁴ SANCHEZ Hector Rafael y Colaboradores. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. En: Revista Médica del IMSS. 2005. Vol. 43 n° 5.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra: OPS. 2005.

nacidos vivos) solo ha disminuido en un 3,1% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar los objetivos del milenio¹⁷.

En Colombia la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) del año 2010, mostró que la mortalidad materna en Colombia fue de 60,5 por cada 100 mil nacimientos; mientras que la cifra para Bogotá es un poco más alentadora ubicándose entre las más bajas del país con 35,7 por cada 100 mil nacidos vivos¹⁸. Refiere que la tasa total de fecundidad pasó de 2.4 hijos en el 2005 a 2.1 en el 2010, mientras que en Bogotá la cifra es de 1,93. En este mismo espacio de tiempo, la tasa de fecundidad general pasó de 83 a 74 nacimientos por mil mujeres y la tasa bruta de natalidad de 20 a 18 nacimientos por mil habitantes. Sin embargo en Bogotá sólo el 49% de los embarazos y nacimientos ocurridos en los últimos cinco años han sido deseados.¹⁹

De otra parte la mortalidad perinatal, definida como la muerte del feto entre el séptimo y noveno mes de gestación o los siete primeros días de vida extrauterina y considerado como un indicador importante que refleja la calidad de la atención prenatal, durante el parto y en el postparto; de las condiciones nutricionales de la madre y sus condiciones de vida, se encuentra en el 2010 en 14 por cada mil embarazos²⁰. Esta cifra es muy elevada si se tiene en cuenta que países desarrollados tienen cifras muy inferiores incluso para periodos de tiempo anteriores al 2010, como es el caso de Estados Unidos (7,2); Japón (4,5); Inglaterra (6,6); Alemania (6,2) y Cuba (6,0).²¹

De acuerdo a las políticas y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la asistencia a al menos cuatro controles prenatales y la atención profesional del

¹⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. Nota descriptiva N° 348 de Mayo de 2012. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

¹⁸ PROFAMILIA. Encuesta de Demografía y Salud 2010. Bogotá, Colombia 2010. Disponible En: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.

¹⁹ Ibíd.

²⁰ Ibíd.

²¹ ALZATE, Andrea. BRACHO, Alcides Camilo. FAJARDO, Luisa Malely. En: Universidad Nacional de Colombia. 2010.

parto, son estrategias efectivas para la disminución de la mortalidad materna y perinatal, y en gran medida la resta de la mortalidad infantil.²²

La encuesta de demografía y salud nacional demuestra que en promedio las mujeres embarazadas asisten a 4 controles prenatales, el 92% de ellas reciben controles Médicos aumentando en 5 puntos la cifra del 2010 comparada con el 2005. El 5% reciben atención prenatal por profesionales de Enfermería y el 3% aún no recibe atención prenatal.²³

En Colombia en el año 2000, se emitió la Resolución 0412 con el objetivo de adoptar las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública²⁴; entre ellas la guía de detección temprana de alteraciones en el embarazo y la guía de atención del parto las cuales fueron actualizadas en el año 2007. De acuerdo con la guía de detección temprana de alteraciones del embarazo, el control prenatal se define como un conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional.²⁵ Se compone del análisis temprano y continuo del riesgo, la promoción de la salud, detección temprana y protección específica; las intervenciones médicas y psicosociales. El control prenatal se caracteriza por ser: **Precoz**; propendiendo por la atención pre concepcional o desde el primer trimestre. **Periódico**: varía según los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas

²² ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington D.C.: OPS, 2004. Disponible en Internet:

<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/PrenatalcareManualesp.pdf>

²³ PROFAMILIA. Encuesta de Demografía y Salud 2010. Bogotá, Colombia. 2010. Disponible En: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.

²⁴ COLOMBIA. Ministerio de salud. Resolución 0412 del 25 de Febrero del 2000 [en línea]. Bogotá: El Ministerio. Disponible en Internet:

<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/03-atencion.pdf>

²⁵ _____. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo [en línea]. Bogotá: El Ministerio. 2007. Disponible en Internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf>

establecidas. **De buena calidad:** propendiendo a la determinación adecuada de los factores de riesgo. **Integral:** incluyendo el fomento, la prevención, educación y recuperación de la salud. **Universal:** con cobertura total, de **Libre escogencia:** garantizando la accesibilidad de la usuaria a la institución más cercana y **Gratuito.**²⁶ El control prenatal debe promover la atención del parto institucional, convirtiéndose en la primera herramienta de un trabajo articulado con un objetivo común²⁷.

Se conoce que cada vez el contenido del control prenatal es más completo, para el 2010 el 81% de las gestantes conocían las posibles complicaciones del embarazo, al 99% de ellas, le habían tomado su peso, tensión arterial y altura uterina en su consulta prenatal; al 97% le habían solicitado exámenes complementarios y le habían escuchado la frecuencia cardiaca fetal. De igual manera aumentó notablemente el número de mujeres que recibió complemento de hierro durante el embarazo de 76% en 2005 a 92% en 2010.²⁸

La encuesta de Demografía y salud en el 2010, mostró además que el 95% de los partos tuvo lugar en una institución de salud. El 34% fueron cesáreas. De cada cien nacimientos cuatro ocurrieron en la casa y muy pocos en otro lugar, lo que evidencia un gran avance comparado con datos obtenidos en años anteriores.²⁹ Los establecimientos de salud los utilizan más las mujeres de menor edad, con menor número de hijos, de las zonas urbanas, de Bogotá, de las regiones Oriental y Central, de mayor nivel educativo y de mayor índice de riqueza, y que tuvieron 4 o más visitas prenatales.³⁰ El 93% de los partos fueron atendidos por médico y un 2 % por enfermera. Otro 2% fue atendido por parientes u otras personas y un 3 % por partera. Para menos del 1% nadie atendió el parto. La atención por enfermera bajó de 10 a 2 % en el período de 1990 a 2010.³¹ De otro lado, la Encuesta de Demografía y Salud de la ciudad de Bogotá, muestra cifras

²⁶ *Ibíd.*

²⁷ ALZATE, Andrea. BRACHO, Alcides Camilo. FAJARDO, Luisa Malely. *En:* Universidad Nacional de Colombia. 2010.

²⁸ PROFAMILIA. Encuesta de Demografía y Salud 2010. Bogotá, Colombia. 2010. Disponible *En:* http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.

²⁹ *Ibíd.*

³⁰ *Ibíd.*

³¹ *Ibíd.*

semejantes que reafirman el panorama del país. En Bogotá el 99% de los partos tuvo lugar en una institución de salud, el 36% de los nacimientos fueron por cesárea. El 97% de las mujeres bogotanas recibió atención durante el parto de un médico; el 0.8% por una enfermera, y por un pariente u otra persona 0,4%.³²

Como es evidente, la atención prenatal y del parto en Colombia es liderada por los profesionales de la Medicina y de acuerdo al nivel de complejidad de la Institución, especialistas en Obstetricia. Sin embargo es importante mencionar que la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo ha definido de manera específica que el ingreso al programa de control prenatal debe ser función del profesional de Medicina, quien define de acuerdo a los factores de riesgo la complejidad del embarazo. Si la gestante transcurre con un embarazo de baja complejidad, la realización de los controles mensuales hasta la semana 36 será responsabilidad del profesional de Enfermería. Si el embarazo es de alto riesgo, será el Médico el responsable de su atención.³³ En tanto, las cifras de atención profesional ocultan en mayor manera la realidad de la atención prenatal en Colombia y en gran medida la importancia de la participación de los profesionales de Enfermería en el desarrollo y fortalecimiento de los programas de promoción y prevención. De otro lado la norma técnica para la atención del parto, la monitoria del trabajo de parto, el parto y la atención del recién nacido cuentan con participación de enfermería.³⁴

En Colombia se contó en 1977 con un programa de formación de Enfermeras Obstétricas ofrecido por la Universidad del Valle. Actualmente la Universidad Nacional de Colombia ofrece un programa de especialización en enfermería materno perinatal donde las enfermeras se capacitan para la vigilancia de la salud y el cuidado materno perinatal durante la gestación, el trabajo de parto y parto. Sin embargo las Enfermeras en general

³² *Ibíd.*

³³ _____. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo [en línea]. Bogotá: El Ministerio. 2000. Disponible en Internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf>

³⁴ COLOMBIA. Ministerio de salud. Norma técnica para la atención del parto [en línea]. Bogotá: El Ministerio. Disponible en Internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/03-atencion.pdf>

son formadas de manera integral, con elementos que le permiten su óptimo desempeño en cualquier área de atención hospitalaria o comunitaria.

1.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La enfermería obstétrica, hoy reconocida como Enfermería materno perinatal; implica un encuentro especial de personas, que ocurre como respuesta a una necesidad de cuidado que emerge durante el proceso de gestación. Es una forma particular de relación intersubjetiva, en la cual los participantes (equipo de profesionales en obstetricia, enfermería y enfermería obstétrica, mujer embarazada y familia) son interdependientes, pues participan necesariamente en cada uno de los acontecimientos, sin embargo son independientes y singulares.³⁵ Es necesario en este punto hacer mención de la evolución que ha tenido el término de distinción de enfermería materno perinatal. Como es sabido en varios países se conocía como enfermería obstétrica. Sin embargo a finales del siglo XX en América Latina se dieron amplias discusiones que favorecieron la identificación del feto como ser individual, en desarrollo y crecimiento durante la gestación pero como exigente de cuidados y atención particular desde ese momento, su nacimiento y después de él. De la misma manera se creó mayor conciencia de la importancia de la gestación, equilibrando su significado con el momento del parto, que desde siempre fue centro de atención y preocupación. Desde entonces se conoce el área como enfermería materno perinatal; designación que reconoce la importancia de la gestación y la individualidad del feto o recién nacido como ser ávido de cuidado.³⁶

El cuidado de enfermería durante la gestación, el trabajo de parto y el parto requiere de unas consideraciones especiales hacia la mujer, ya que en esta etapa la madre entra en un proceso de adaptación a los cambios que se va produciendo y en donde las influencias culturales, el apoyo familiar, la intervención del equipo de salud y

³⁵ ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington D.C. OPS, 2004. Disponible en Internet:

<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/PrenatalcareManualesp.pdf> .

³⁶ MUÑOZ, Lucy. RUIZ, Carmen. BERNAL, María. Sublínea de investigación cuidado materno perinatal desde la Enfermería transcultural. Universidad Nacional de Colombia. 2000

específicamente la intervención del personal de enfermería desempeñan un papel importante en la evolución satisfactoria de este proceso.³⁷

En tanto, son muchas las investigaciones que se han hecho con el objetivo de analizar las causas de mortalidad materna y perinatal, el comportamiento de las estadísticas y el impacto que sobre ellas tiene el control prenatal y varios los estudios cuyos resultados justifican la necesidad del trabajo de enfermería en el equipo multidisciplinar de las instituciones de salud.

En el año 2011, Alejandra Pérez y colaboradores, realizaron un estudio que tenía como objetivo determinar la prevalencia del riesgo biopsicosocial prenatal de las gestantes que asistieron a control prenatal durante el 2008 en los hospitales de Tenjo, Guatavita y el centro de Salud de Guasca. El número de maternas incluidas en el estudio fue de 412, y los principales resultados fueron la identificación de la prevalencia del riesgo biopsicosocial alto, siendo de 8,7%. Hubo asociación significativa entre alto riesgo con edad (\geq a 35 años $p < 0.001$) y estado civil (casadas $p < 0.006$). La escala abreviada del desarrollo detectó un 50% de lactantes en nivel MEDIO y un 29% en ALERTA.³⁸

En la localidad de Engativá se realizó una investigación titulada “Adherencia al control prenatal”; efectuada como trabajo de tesis para optar al título de especialistas en Ginecología y Obstetricia por Carlos Villacis y colaboradores en el año 2012. Realizaron un estudio de cohorte retrospectivo observacional que comparó la adherencia de gestantes adolescentes al control prenatal realizado por médicos Ginecobstetras y la asistencia de ellas a los controles realizados en la clínica de gestantes adolescentes que disponía de un equipo multidisciplinar conformado por médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogas y trabajadoras social y enmarcado en la norma técnica para la detección de alteraciones en el embarazo emitida por el Ministerio de Protección Social en el año 2007. Los resultados de la investigación mostraron que en general la inasistencia a los controles prenatales es del 5%, sin embargo el mayor problema se enfatiza en el inicio tardío de los controles, determinando como edad gestacional

³⁷ *Ibíd.*

³⁸ PEREZ, Alejandra María y colaboradores. Prevalencia del riesgo biopsicosocial prenatal de las gestantes que asistieron a control prenatal durante el año 2008 en 3 hospitales de la Sabana de Bogotá. Chia. Cundinamarca. Universidad de la Sabana. 2011.

promedio de ingreso a los controles prenatales 23.6 semanas. Al analizar la adherencia general de las gestantes a los controles prenatales realizados en la clínica de gestantes adolescentes se observó que la adherencia fue de 67.2% comparada con el 38.7% de adherencia a los controles por especialista. En la atención ofrecida por la clínica de gestantes adolescentes se destaca la inclusión de la contemplación de las situaciones psicosociales que rodean el embarazo en las adolescentes, y el trato libre de cuestionamientos por su condición de adolescente.³⁹

De otra parte Jacqueline Arias y colaboradores realizaron en el año 2007 en la ciudad de Manizales una investigación titulada: “Calidad del control prenatal realizado por profesionales de Enfermería en una IPS publica de Manizales”; que tuvo como objetivo determinar algunos aspectos del control prenatal basados en el grado de adherencia a la norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo. El estudio descriptivo revisó la información contenida en las historias clínicas de 120 pacientes escogidas mediante distribución de frecuencias. Los aspectos evaluados fueron: la temperatura, la educación a la gestante, la solicitud de análisis de paraclínicos, remisión al curso para el parto, remisión al odontólogo, la adopción de conductas en caso de alteraciones del peso o la altura uterina. Mediante el uso de entrevista se evaluó la percepción de las usuarias contemplando los siguientes aspectos: la percepción del beneficio obtenido, preferencia por el control con la enfermera y la satisfacción con la prestación del servicio. En los resultados encontrados, se observó una preferencia del control prenatal realizado por enfermería en un 84% y una percepción de beneficio de 88%. Se consideró que la adherencia del control a lo establecido en la norma técnica estuvo entre un 70 y 90%.⁴⁰

Sobre la calidad del cuidado en general, se han realizado estudios en el mundo que profundizan en aspectos particulares del cuidado además de la calidad, la individualización o la humanización de los cuidados. Ejemplo de esto el estudio realizado en Harbin, provincia de Hei Longjiang, de la República Popular de China; Zhao y colaboradores, realizaron en el año 2009 una investigación llamada “Calidad del cuidado

³⁹ BECERRA, Diego. NEGRETE, Luis. VILLACIS, Carlos. Adherencia al control prenatal en la clinica de gestantes adolescentes del hospital de Engativa en Bogota. Bogota. En: Universidad Nacional de Colombia. 2012.

⁴⁰ ARIAS, Jackeline y Colaboradores. Calidad del control prenatal realizado por profesionales de Enfermería en una IPS Publica, Manizalez, 2007. En: Hacia la promocion de la salud. 2008. Vol. 13. Pag:131-42.

de Enfermería, percibido por enfermeras y pacientes en un hospital de China". En este estudio se destaca que las enfermeras son las personas de primera línea que acompañan la mayoría de los pacientes, pasan la mayor parte del tiempo durante la hospitalización y depende de ella en gran medida su recuperación. En los resultados se mostró que las enfermeras y los pacientes tenían disímiles puntos de vista de la atención de enfermería de calidad siendo estadísticamente diferentes en las características del personal, las condiciones previas para el cuidado y el progreso del proceso de enfermería. En este estudio ambos grupos coincidieron en que los pacientes recibieron cuidados de enfermería de alta calidad⁴¹

Sin embargo en estas investigaciones no se emplean instrumentos con pruebas de validez para realizar la recolección de la muestra.

En el año 2010 Ipek Coban y colaboradores en Turquía se interesaron por determinar la confiabilidad y validez de la escala de percepción del paciente de la experiencia en el hospital con la atención de enfermería. En él, se enfatiza en que la satisfacción del paciente se utiliza como un indicador importante de calidad de la atención e influye con frecuencia en la planificación y evaluación del cuidado de la salud.⁴²

Claudia Torres, en el año 2010, realizó una investigación en Colombia que empleó la adaptación transcultural y semántica del instrumento empleado años atrás por Peterson al cual llamaron (Caucace). Este estudio tenía como objetivo describir la relación entre la percepción de la calidad del cuidado de Enfermería y las variables socio demográficas de los pacientes; y realizar la validez facial y confiabilidad del instrumento. Se tuvo en cuenta la definición de Calidad Según la Ley 266 como la forma en que se orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad fundamentada en los valores y estándares técnico científico, social, humano y ético. La calidad se refleja en la persona usuaria de los servicios de Enfermería y de salud así como en la satisfacción del personal de Enfermería que presta dicho servicio. En él se concluyó que los pacientes atendidos, tenían en general una percepción

⁴¹ ZHAO, Shi Hong y colaboradores. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. En: Journal Of Clinical Nursing. 2009. Vol. 18. N°12. Pag: 1722-1728.

⁴² IPEK COBAN, Gulay. KASIKCI, Magfiret. Reliability and validity of the scale of patient perception of hospital experience with nursing care in a Turkish population. Ibid. 2010, 19(13-14), 1929-1934.

positiva de la calidad de los servicios de Enfermería y el instrumento alcanzó un Alfa de Cronbach de 0.90.⁴³

Otro estudio centró su foco de investigación en la atención individualizada; fue realizado en Finlandia por SUHONEN y colaboradores en el año 2007, quienes consideraban importante para la calidad de los cuidados de enfermería, la individualización de los cuidados. De acuerdo con esto realizaron el estudio llamado “Medición de la atención de enfermería individualizada: evaluación de la confiabilidad y validez de tres escalas”.⁴⁴

La primera el cuestionario (ICS) es una escala de dos partes que se desarrolló a través un proceso de razonamiento deductivo basado en literatura de investigación internacional. La atención individualizada se definió con las opiniones de los pacientes, del apoyo recibido de la individualidad de las enfermeras a través de intervenciones de enfermería específicas, soportadas en 19 artículos, y la percepción de los pacientes de la individualidad en su propio cuidado. La atención individualizada incluye características propias de cada paciente en la situación clínica causada por la hospitalización, la situación de la vida personal antes de la hospitalización, y control de toma de decisiones (información, participación y toma de decisiones) sobre el cuidado propio. Estas dimensiones se incluyen en el ICS ICS-A y B-. Cada elemento es calificado en una escala que refleja el nivel del paciente de acuerdo (1 totalmente en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo). La consistencia interna fue de 0.94 para el ICS-A y 0.93 para el ICS-B⁴⁵

De otro lado la Encuesta de Percepción de Atención de Enfermería de Schmidt (SPNCS) fue diseñado para medir las percepciones de los pacientes sobre el cuidado de enfermería. La SPNCS es una medida derivada empíricamente sobre la base de un estudio de las experiencias de los pacientes con la atención de enfermería, mientras que están hospitalizados. La escala consiste en 15 ítem y se califica en una escala tipo Likert (1 totalmente en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo) y se divide en cuatro sub-escalas:

⁴³ TORRES, Claudia. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería de pacientes hospitalizados. En: Avances en Enfermería, 2010, XXVIII N° 2., 98-110.

⁴⁴ SUHONEN, Riitta, y colaboradores. Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. En: Journal Of Advanced Nursing, 2007, 59(1), 77-85.

⁴⁵ Ibíd.

«Individualidad del paciente (cinco ítems, alfa de Cronbach 0.92), "Explicar" (tres ítems, alfa de Cronbach 0.84), "Respuesta" (Tres ítems, 0.92) y 'Reconocimiento del otro (cuatro ítem, Alfa de Cronbach 0.92).⁴⁶

La tercera escala es la Percepción de los pacientes oncológicos sobre la calidad del cuidado de Enfermería (OPPQNCS). Fue diseñada para poner en práctica una teoría de alcance medio de alta calidad para el cáncer. La teoría surgió de entrevistas con pacientes con cáncer, acerca de sus percepciones de cuidados de enfermería. En la forma corta del OPPQNCS, son 18 ítems con una escala tipo Likert que refleja la frecuencia de la actividad de enfermería (De 1 a 6 o de nunca a siempre). Estos ítems forman cuatro dimensiones interrelacionadas: la "individualización" (cinco puntos), 'Respuesta' (cinco puntos), "Coordinación" (tres puntos) y 'Dominio' (cinco puntos). La dimensión de "individualización" mide el grado en que la atención indica los pacientes sentimientos y preferencias y el nivel deseado de los pacientes de participación en la atención. "Respuesta" mide el grado de las enfermeras asistenciales y la atención en el cumplimiento de demostrar necesidades de los pacientes física o emocional. "Coordinación" Las medidas de comunicación entre las enfermeras y entre el paciente y la enfermera. "Dominio" las medidas de disposición de las enfermeras de cuidado experto y hábil. El Alfa de Cronbach era de 0.97.⁴⁷

Otro atributo importante en el que varios autores han atinado a investigar es el cuidado humanizado. Interesados en el tema, Carolina Reina y Elizabeth Vargas publican en el año 2008, en una revista Colombiana un estudio que tuvo por objetivo determinar la validez facial y de contenido del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado". Los resultados de la investigación llevaron a sugerir la revisión del respaldo teórico del instrumento.⁴⁸

En el área de Enfermería materno perinatal, se han dado también grandes aportes investigativos destacados en el país, los cuales han empleado instrumentos válidos y confiables para la medición de prácticas de cuidados u otras conductas. En el año 2006

⁴⁶ *Ibíd.*

⁴⁷ *Ibíd.*

⁴⁸ REINA, Carolina. VARGAS, Elizabeth Validez facial y de contenido del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado". *En: Avances en Enfermería*, 2008, vol. XXVI N° 2, 71-79.

Carmen Helena Ruiz y colaboradores, realizaron una investigación que tuvo como objetivo construir un Instrumento válido y confiable que permitiera valorar las prácticas de cuidado de las madres gestantes consigo mismas y con su hijo por nacer. El producto fue un instrumento que tiene una alta validez de contenido y una confiabilidad que se acerca a la ideal (coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach 0.66). Pero carece de validez de constructo para su empleo en futuras investigaciones.⁴⁹

Debe mencionarse en este momento los antecedentes del cuestionario en mención, el cual inicio su gestación alrededor del año 2000, con la inquietud que permanecía sobre los cuidados que tenían las madres gestantes con ellas mismas y con sus hijos por nacer. En el año 2001 se realizó una revisión de literatura donde pudieron identificarse algunas de las prácticas de cuidado que tenían las gestantes, las puérperas, y los cuidados del recién nacido. En esta revisión las investigaciones analizadas sobre prácticas de autocuidado de las gestantes, se encuentran categorías o dimensiones relacionadas con: Actividad y ejercicio, Alimentación, Higiene y cuidados personales, evitar consumo de sustancias tóxicas y sistemas de apoyo. Se nota la ausencia de la práctica de la estimulación fetal aunque la literatura general lo informa, así como las prácticas relacionadas con la cultura. Es así como se diseña el cuestionario sometido a pruebas psicométricas como se explica en el estudio anterior.⁵⁰

Como muestra del interés por el fortalecimiento del desempeño en los cuidados del postparto de la Enfermería en Colombia, Carolina Vargas y colaboradores en el año 2010, plantearon la necesidad de determinar la validez y confiabilidad del cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto". En este estudio los resultados mostraron que la validez del instrumento evidenció que es corta y la validez discriminante determinó 12 ítems que tenían mayor correlación y agrupó los que tenían correlaciones bajas. La confiabilidad del instrumento de 32 ítems presentó alfa de Cronbach de 0,59 y el cuestionario de 12 ítems alfa de Cronbach de 0,68,

⁴⁹ RUIZ, Carmen. FAJARDO, María Teresa. VELANDIA, Judith Validez y confiabilidad del instrumento "Prácticas que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal". 2006, XXIV N° 1, 26-34.

⁵⁰ MUÑOZ, Lucy. RUIZ, Carmen. BERNAL, María. Sublínea de investigación cuidado materno perinatal desde la Enfermería transcultural. Universidad Nacional de Colombia.

considerándose un puntaje aceptable y bueno en los primeros estudios de validación de un instrumento.⁵¹

En México en el año 2012, Aida Martínez y colaboradores, realizaron una investigación titulada: "Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes en el control prenatal". El estudio fue soportado en el modelo de promoción de la salud, el cual explora los procesos biopsicosociales e identifica los factores que motivan al individuo y son determinantes en la promoción de la salud. La investigación fue descriptiva, transversal y correlacional, buscó describir de manera general los beneficios y barreras percibidos por las adolescentes durante la atención ofrecida en el control prenatal. Pretendió identificar de manera particular las características socio demográficas de las adolescentes embarazadas, su actitud sobre el embarazo y el control prenatal. El muestreo se realizó por conveniencias y fueron seleccionadas 120 adolescentes entre los 13 y 19 años. La recolección de la información empleó un cuestionario llamado "Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control prenatal (CBBCPN); el cual está integrado por cinco áreas o dimensiones. A cada una de ellas se les calculó la consistencia interna por medio del Alpha de Cronbach así: Beneficios 0.86; actitudes 0.42; barreras 0.79 y apoyo social 0.47. En los resultados de este estudio se identificaron como las principales barreras el no sentirse bien o estar deprimida, la actitud del personal de la clínica, el largo tiempo en la sala de espera y el no encontrar cita, lo que implica que la adolescente siente apatía de iniciar el control prenatal. Sin embargo, las adolescentes reconocen como los principales beneficios del control prenatal el tener un bebé sano, el aprender a proteger la salud, y a tener mejores hábitos de salud. Debe mencionarse como una de las principales debilidades de la investigación, la carencia del instrumento de las medidas sicométricas que le atribuyan más y mejor confiabilidad a los resultados presentados.⁵²

Así las cosas el cuidado profesional se convierte en un indicador importante, que impacta directamente las metas de desarrollo del nuevo milenio. Pues favorece la identificación de las necesidades de las pacientes, permite una mejor comunicación que permeé las tradiciones culturales, favorece la adherencia a los procesos terapéuticos y la cobertura;

⁵¹ VARGAS, Carolina. Validez y confiabilidad del cuestionario "prácticas que realizan consigo mismas las mujeres en el postparto". En: Avances en Enfermería., 2010, Vol. XXVIII N° 1, pág.: 96-106.

⁵² JIMÉNEZ MARTÍNEZ, Aída Aleyda, y colaboradores. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. En: CIENCIA-UANL. 2012; Vol.15(57):81-92

la calidad de la atención prenatal y la humanización durante el parto, los cuales constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de la salud.⁵³

Al revisar investigaciones que ahonden en la evaluación del cuidado profesional se encuentran referentes en Panamá, Norteamérica, Colombia y otros. En Colombia Dora Gaviria desarrolló en el año 2009 una investigación titulada “La evaluación del cuidado de Enfermería un compromiso disciplinar”, donde se expone que evaluar la esencia del cuidado es un proceso sistemático que permite identificar los problemas y las rupturas del cuidado para establecer decisiones con evidencia que busquen niveles óptimos de calidad. Evaluar es juzgar, apreciar e identificar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos, determinar si las acciones de enfermería tiene impacto. La evaluación es una actividad organizada e intencionada. La evaluación debe contemplar información detallada sobre las relaciones entre las condiciones estructurales del contexto, de los lugares en donde se produce la asistencia, los procesos del cuidado mediante la reflexión cotidiana de la práctica en un intento de articular la teoría para mejorar la competencia profesional y los resultados del cuidado desde la indagación permanente de su impacto. Analiza tres instrumentos de evaluación entre ellos el instrumento CARE/ Q y el CARE/ SAT, que determinan el grado de satisfacción tanto del personal de Enfermería que brinda el cuidado como de las personas que lo reciben, contemplan dimensiones como la accesibilidad, si se explica y facilita el cuidado, se conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, monitorea y hace seguimiento. El instrumento Caring Behaviors Inventory, CBI, identifica la percepción del cuidado en los pacientes y las enfermeras. Incluye aspectos como el respeto a los otros, el aseguramiento de la presencia humana, el conocimiento y las habilidades profesionales, la atención a la experiencia de otros y la conexión positiva. La escala sobre la eficacia del cuidado de enfermería Caring Efficacy Scale –CES mide la educación de enfermería y su relación con la filosofía del cuidado, la capacidad para desarrollar relaciones de cuidado de impacto con los pacientes. Y el instrumento Caring Assessment Tools Cat que mide la percepción del paciente sobre las actividades de cuidado de enfermería. Evalúa los factores del cuidado de Watson: humanismo, fe, ayuda, sensibilidad, ayuda verdadera, expresión de sentimientos positivos y negativos, enseñanza y aprendizaje, ambiente de soporte y asistencia a las

⁵³ OPS. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe. In. Washington, D.C, 2004.

necesidades humanas. De la misma manera el estudio aborda conceptos gerenciales que ahondan sobre la calidad de los cuidados. Se establece la importancia de tener instrumentos en español que favorezcan la realización de investigaciones en Colombia.⁵⁴

En Panamá Yariela González en el año 2008 realizó un estudio metodológico que buscaba determinar la validez y confiabilidad en español del instrumento Cuidado de comportamiento profesional “forma A”, elaborado por la doctora Sharon Horner, con el fin de conocer, desarrollar y medir los fenómenos de enfermería relacionados con el cuidado en el contexto panameño. El instrumento evalúa el conocimiento del profesional de enfermería midiendo el confort, la asistencia, la información, la protección y el apoyo proporcionado. La dimensión afectiva incluye la sensibilidad del paciente y de los otros, necesidades de reconocimiento individual, apoyo emocional, promoción de la autonomía, contacto y presencia.⁵⁵

La autora cita además los instrumentos de Watson, que mide la conducta del cuidado de la enfermera en seis sub escalas: accesibilidad, explicación, facilitación, confort, relación de confianza y seguimiento por supervisión. El instrumento de Wolf de Caring Behaviors Inventory (inventario de comportamientos de cuidado), el cual mide diez comportamientos: escuchar atento, consuelo, honestidad, paciencia, responsabilidad, proporcionar información, contacto, sensibilidad, respeto, llamar al paciente por su nombre. Cita a Cronin y Harrison quienes desarrollaron un instrumento de medición llamado Caring Behaviors Assessment, basado en los planteamientos de Watson; consta de 63 conductas del cuidado de enfermería desarrolladas en siete sub escalas. De otra parte Larson y Ferketich desarrollaron un instrumento de medición de satisfacción del paciente sobre el cuidado de enfermería el Care/Satisfaction Questionarie (CARE/SAT).⁵⁶ Sin embargo estos instrumentos requieren de pruebas psicométricas para poder ser empleados en investigaciones en el contexto Colombiano.

⁵⁴ GAVIRIA, Dora Lucia La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. En: Investigación y Educación en Enfermería. 2009; Vol.27(1):24.

⁵⁵GONZALEZ, Yariela. Instrumento Cuidado de Comportamiento Profesional: Validez y Confiabilidad. En:Aquichan, 2008, 8 N° 2, 170-182.

⁵⁶ Ibíd.

La Dra. Kristen Swanson, presenta un metanálisis, que realiza comparaciones entre las similitudes que presentan los siguientes instrumentos de cuidado: El Care –Q de Larson, con 50 comportamientos divididos en 6 sub escalas, reconociendo que es el más empleado. El instrumento de Wolf, el de Cronin, el de Watson y el por último el de Gardner y Wheeler. En este análisis se mostró que entre las conductas que se reconocen como más importantes se encuentra: "Escucha los paciente, "Permite la expresión de los sentimientos. " Es perceptiva de las necesidades del paciente" "conoce al paciente" y emplea el tacto para relacionarse con el paciente. Los pacientes también reconocen alto valor de comportamientos como: "una relación positiva con ellos", "una respuesta oportuna al llamado", y que tenga suficientes conocimientos para hacer bien su trabajo y llamar al médico cuando sea necesario.

Del análisis de estos instrumentos y las dimensiones planteadas en cada uno de ellos, la Dra. Swanson, creo una Escala de Cuidado Profesional, que tuvo en cuenta los comportamientos considerados más importantes, y que está diseñada no solo para el ambiente hospitalario, si no que permite además preguntar por conductas que pueden darse en una relación de cuidado ambulatorio. Además es un instrumento corto que permite un uso más fácil

Cuenta con validez de constructo y validez de contenido a través de la correlación con la escala del inventario de relación Barret Lennart ($r = .61$ $P < 0.001$), alfa de Cronbach de 0.97 y consta de 15 ítems. Es importante mencionar que una vez realizado el proceso de adaptación semántica y transcultural, como recomendación de este estudio, se planteó que esta escala debe ser sometida a las demás pruebas psicométricas como son la validez, facial, la validez de constructo, la validez de contenido y confiabilidad para poder usarse en futuros estudios en el país.⁵⁷

En Colombia, en el año 2011 María Posada realizó la adaptación semántica y transcultural de la escala de cuidado profesional de la doctora Kristen Swanson, fundamentada en la estructura de cuidado de su teoría de mediano rango "Teoría de los cuidados", que puede ser utilizada en cualquier situación donde se establezca una

⁵⁷ POSADA, María. Adaptación Transcultural De La Escala De Cuidado Profesional (CPS): Adecuación Semántica. En: Universidad Nacional de Colombia, 2011.

relación de cuidado, como en este caso que se aplicó a mujeres gestantes durante el control prenatal.

El presente estudio pretende responder a la pregunta: **¿Cuál es la validez y la confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional (SCP) de la Dra. Kristen Swanson Versión en Español?**

1.3 JUSTIFICACION

Aun cuando en la actualidad continúan los debates por la determinación del campo de acción y la definición de qué somos; Enfermería desde el siglo XX se ha consolidado como una disciplina profesional. El diccionario de Oxford define disciplina como una rama de instrucción o educación, un departamento de aprendizaje del conocimiento. Sin embargo cuando este cuerpo de conocimientos es desarrollado o aplicado en la práctica, es cuando hablamos de disciplina profesional.⁵⁸

Enfermería cuenta con una estructura jerarquizada, en cuyo límite de mayor abstracción se encuentra el metaparadigma, que resume su misión intelectual y social y coloca los límites acerca de que trata la disciplina.⁵⁹ En palabras de Beatriz Carvallo, la enfermería es la columna vertebral del sistema de salud⁶⁰. La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. Es la profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas⁶¹ De acuerdo con Watson el cuidado humano es la esencia de enfermería. Se ha afirmado que el cuidado es la garantía para la sobrevivencia de las especies, y la continuidad de la misma; por ello somos el resultado del cuidado y descuido ejercido los unos sobre los otros a través de la historia.⁶²

⁵⁸ DONALSON, S. CROWLEY, D. En: *Nursing Outlook* Vol.26 (2) (1978): 113-120

⁵⁹ FAWCETT, Jaqueline. Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. En: *Nursing Models and Theories*. Editado por: FA. Davis Company Philadelphia., 2000

⁶⁰ Enfermeras en plan de fuga | ELESPECTADOR.COM. In., 2008.

⁶¹ <http://www.rae.es>

⁶² SONTAG S. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Madrid: Ed. Suma de Letras. 2003. p. 13.

Es por esto, que para la profesión es de vital importancia poder medir el cuidado, fundamento de su quehacer; lo que posibilita la visibilidad social de la profesión y exalta en gran medida su función dentro de un equipo interdisciplinar. Tener acceso a una herramienta válida y confiable que reconozca en los servicios de Enfermería su dimensión científica de la mano de la dimensión humana, permite no solo el reconocimiento social, si no de alguna manera el reconocimiento de los profesionales a las actividades que realizan, tal vez sin saberlo, con fundamento en teorías que explican su quehacer, que implican el uso de pensamiento complejo y cualidades nobles que permiten el desarrollo de actitudes determinantes para quien es cuidado.

La realización del estudio es de gran importancia porque la Escala de Cuidado Profesional (CPS); puede emplearse en diferentes áreas del cuidado, en servicios de hospitalización, en servicios de consulta externa o de promoción y prevención como en este caso. La escala permite reconocer la forma en cómo es visto y evaluado el profesional de Enfermería por las personas a quienes cuida, observando de manera integral su quehacer en las actividades de cuidado que realiza. Los resultados de la investigación, permitirán conocer la satisfacción o insatisfacción de las mujeres gestantes que acuden a sus consultas de control prenatal con profesionales de Enfermería en las UPA de la localidad de Engativá; permitiendo el posterior análisis de la evidencia que reconocerá las fortalezas o debilidades para adoptar los correctivos o exaltaciones necesarias del caso.

De otra parte con estudios posteriores en el área que empleen la escala, se podrán identificar aquellos comportamientos de cuidado de los cuales adolecen los profesionales y que mejoran la adherencia de las madres a los controles prenatales. De esta manera el presente estudio podrá contribuir en el futuro, en el mejoramiento de las condiciones de salud materno perinatal y el impacto favorable de los objetivos del milenio.

Retomando la importancia que tiene para enfermería poder hacer objetivo y medible un concepto tan abstracto como lo es el cuidado, sin fraccionarlo y valorar solo algunas de sus características, sino como un todo complejo presente en las relaciones de la práctica diaria e inmerso en cada uno de los procedimientos y acciones realizadas con las gestantes durante la atención prenatal; permitirán evaluar el cuidado que ofrecen las enfermeras y conocer las fortalezas y oportunidades de mejora que tienen a la hora de

ofrecer cuidado a las mujeres gestantes, llegando a establecer en un futuro un plan de cuidados de enfermería que contemple no solo las necesidades físicas, si no que tenga en cuenta sus requerimientos emocionales, espirituales y culturales de una forma integral.

De otro lado, el fortalecimiento de nuestra disciplina requiere de la articulación de las teorías que explican la existencia de la profesión, con el quehacer profesional al que se enfrentan día a día quien la ejerce⁶³, por tanto la investigación que pretende estudiar el fenómeno de la medición del cuidado de Enfermería y tiene como objetivo determinar la validez y confiabilidad de la escala de cuidado profesional (SCP) de la doctora Kristen Swanson; establece como fundamento teórico la teoría del cuidado informado para el bienestar de los demás. Convirtiéndose en una grandiosa herramienta que demuestra la articulación de la teoría con el diario vivir de las enfermeras en Colombia. El resultado de la investigación será importante, porque una vez concluidas las pruebas psicométricas, la escala puede ser utilizada en la práctica de enfermería, en la investigación del cuidado materno perinatal o cualquier otra aérea de la disciplina y además aportará en el fortalecimiento de los conocimientos sobre instrumentos o escalas de medición del cuidado de enfermería, contribuyendo al mejoramiento y posicionamiento del cuidado.

Además de los logros que se han mencionado, es importante decir que el desarrollo del presente estudio, determinará las pruebas de validez y confiabilidad del instrumento Escala de Cuidado Profesional (SCP), lo que permitirá su uso en futuras investigaciones con parámetros completos de confiabilidad y validez de los resultados obtenidos.

1.4 PROBLEMA

No se dispone de un instrumento en español que tenga pruebas de validez y confiabilidad y permita la medición del cuidado profesional de Enfermería que se ofrece en los controles prenatales a las madres gestantes en el contexto Colombiano.

⁶³ DONALSON, S. CROWLEY, D. En: *Nursing Outlook* Vol.26 (2) (1978): 113-120.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la validez y confiabilidad de una Escala de Cuidado Profesional (SCP) derivada de la escala propuesta por la Dra. Kristen Swanson.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Refinar la validez facial de la escala
- Determinar la validez de contenido de la escala.
- Determinar la validez de constructo de la escala
- Determinar la confiabilidad de la escala

1.6 DEFINICION DE CONCEPTOS

1.6.1 Cuidado:

De acuerdo con Watson el cuidado humano es la esencia de enfermería. Se ha afirmado que el cuidado es la garantía para la sobrevivencia de las especies, y la continuidad de la misma; por ello somos el resultado del cuidado y descuido ejercido los unos sobre los otros a través de la historia.⁶⁴ Sin embargo Kristen Swanson, considera que el cuidado es una forma enriquecedora de relacionarse con otra persona a la que se valora, ante la cual uno tiene un sentimiento personal de compromiso y responsabilidad⁶⁵. Es una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se tiene un compromiso y una responsabilidad como enfermero⁶⁶.

⁶⁴ SONTAG S. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Madrid: Ed. Suma de Letras. 2003. p. 13.

⁶⁵ POTTER, Patricia Ann y PERRY, Ann Griffin. Fundamentos de enfermería. Vol. 1. 5a. Ed. España: El Servier. 2002, p. 107

⁶⁶ MARRIER TOMEY, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. Teoría del Cuidado. En: Modelos y teorías de enfermería. Cap. 35. 6a. ed. España: Elsevier. 2007, p. 768.

1.6.2 Cuidado Profesional:

En palabras de María de Lourdes García el cuidado profesional se puede conceptualizar como la esencia de la disciplina de enfermería y tienen como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico científico y humanístico para conservación y mantenimiento de la vida. Finalmente, la construcción del concepto de cuidado profesional que se apoya en la práctica ofrece un acercamiento a la construcción del marco de referencia de la Ciencia de la Enfermería.⁶⁷ Desde la mirada de Swanson, el cuidado profesional está representado en su escala de cuidado en dos sub escalas:

- 1- Sanador compasivo: Se refiere al comportamiento del profesional de enfermería que en la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos establece una relación afectuosa y de confianza.⁶⁸
- 2- Sanador Competente: Se refiere al comportamiento del profesional de enfermería, con responsabilidad, compromiso, pericia e idoneidad para ejercer la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos.⁶⁹

1.6.3 Validez de un instrumento:

Según Politt la Validez de un instrumento es el grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir.⁷⁰

1.6.4 Validez de contenido:

⁶⁷ GARCÍA HERNÁNDEZ, María de Lourdes y colaboradores. Construcción Emergente Del Concepto: Cuidado profesional De Enfermería. *En Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, Vol. 20 (Esp), (2011): 74-80.

⁶⁸ Concepto elaborado por las docentes del grupo de investigación materno perinatal de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, basado en la teoría de la Dra. Kristen Swanson y aprobado por la autora. 2010

⁶⁹ *Ibíd.*

⁷⁰ POLIT, Denise. HUNGLER, Bernadette. *Investigación Científica En Ciencias De La Salud.*, Edited by Sexta Edición. México, 2000.

Es el grado en que un instrumento refleja el dominio específico del contenido de lo que se mide.⁷¹

1.6.5 Validez aparente o facial:

Es el grado en que aparentemente un instrumento mide la variable en cuestión; se encuentra vinculada con la validez de contenido. Como su nombre lo indica, esta evaluación se interesa por los aspectos formales de la medición (el instrumento y el procedimiento) y los juzga desde el conocimiento vigente. Una medición se considera aparentemente válida si, a la luz de lo que se conoce sobre el tema, sus resultados pudieran reflejar los atributos del fenómeno en estudio. Este juicio se obtiene mediante la evaluación del instrumento por un grupo de jueces en general expertos, quienes, con base en su experiencia y en las teorías aceptadas sobre el tema, conceptúan si la medición podrá reflejar de manera plausible los atributos en cuestión.⁷²

1.6.6 Validez de Constructo:

Es definida como aquella que determina la correlación entre los constructos.⁷³

1.6.7 Confiabilidad de un instrumento:

Es el grado de congruencia con que un instrumento mide el atributo para el que está diseñado. A menor variación de las mediciones repetidas de un instrumento, mayor la confiabilidad.⁷⁴

⁷¹ Ibid.

⁷² Ibid.

⁷³ Ibid.

⁷⁴ Ibíd.

2.MARCO TEORICO –CONCEPTUAL

2.1 REFERENTE TEORICO: TEORIA DE LOS CUIDADOS

La investigación se fundamenta en la estructura teórica o Teoría de los cuidados de la Dra. Kristen Swanson. Enfermera nacida en 1953 en Providence, Rhode Island y egresada de la University of Massachussets Medical Center en Worcester. Quien en los inicios de su ejercicio profesional se concibe como ávida de conocimientos y habilidades técnicas, para poder transmitirlos a otros, en su área de desempeño clínico: enfermería medico quirúrgica. En el camino de la continuidad de sus estudios post graduales siendo estudiante de doctorado, participó en un grupo de soporte al nacimiento por cesárea. En un encuentro que tenía como tema central el aborto pudo identificar la necesidad de las madres de expresar su experiencia y sentimientos ante la pérdida, más que el puro interés por conocer los problemas de salud más frecuentes que se ocasionaban. Ella con estudios realizados en Enfermería Psicosocial, sintió gran interés por el tema, a tal punto de convertirlo en tema de su tesis doctoral. Empleando fenomenología descriptiva logra identificar dos modelos: El modelo de la experiencia humana del aborto y el modelo de los cuidados. Ya para este momento Swanson manifiesta haber reconocido las diferencias entre los objetivos de enfermería y las otras disciplinas del área de la salud, e identificar que cuidar a otros a través de las transiciones de la vida, debe ser congruente con los valores personales, motivo principal para su elección de la Dra. Jean Watson como directora de sus estudios doctorales. Por tanto es reconocido el trabajo de Swanson como altamente influenciado por la teoría de los cuidados humanizados de Watson.⁷⁵

Después de identificar en el modelo de los cuidados cinco procesos que se daban en las madres que atravesaban por un proceso de perdida, Watson exploró con otro estudio fenomenológico como se proporcionaban los cuidados a lactantes vulnerables en una unidad de cuidado intensivo neonatal; encontrando aplicable también los cinco procesos

⁷⁵ TOMEY, Ann Marriner. *Modelos Y Teorías En Enfermería*. Vol. Sexta Edición. México: Mc Graw Will, 2006.

del modelo en mención, a las madres, padres, médicos y enfermeras responsables de cuidar a los niños lactantes. Seguidamente realizó otros estudios con el objetivo de probar su teoría en madres de alto riesgo social y mujeres que abortaron. En 1999 realizó un metanálisis revisando 130 investigaciones sobre los cuidados, con la que pudo describir cinco niveles o dominios, en donde la presencia de uno asume la existencia de los demás. Los niveles identificados fueron:

Nivel 1: Se refiere a las capacidades para dar cuidado

Nivel 2: Las preocupaciones o compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados.

Nivel 3: A las condiciones que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar los cuidados.

Nivel 4: A las acciones de los cuidados.

Nivel 5: A los resultados intencionales o no intencionales para la persona y para el profesional.

De esta manera se aclaró el significado del concepto de los cuidados y se dio validez a la transferibilidad de la teoría de los cuidados de Swanson, más allá del contexto perinatal.⁷⁶

2.1.1 Procesos de Cuidado:

Identificando los soportes filosóficos empleados en el modelo, es de alta importancia mencionar los procesos en los que describen el modelo de los cuidados que se estructuran como se observa en la gráfica.

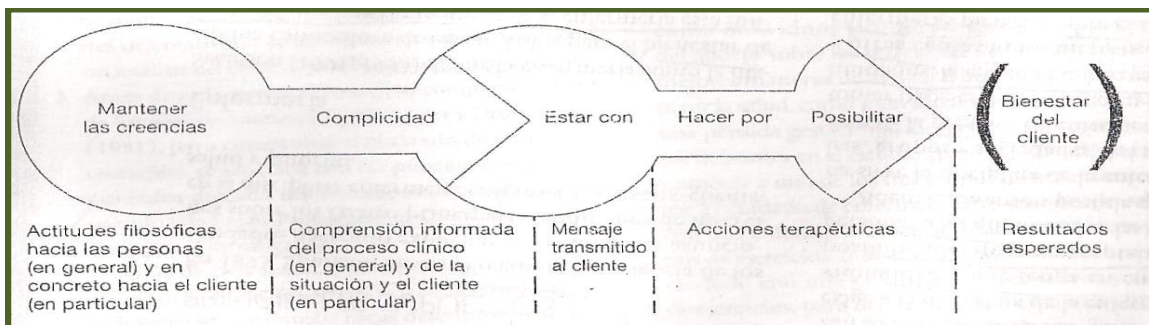


Figura No 1: Estructura de cuidado Kristen Swanson

⁷⁶ Ibid.

- **Conocer:** El Conocimiento o búsqueda es un esfuerzo por entender el significado de un suceso tal cual en la vida del otro, desde lo emocional, desde sus capacidades y desde sus conocimientos; centrándose en la persona que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado, para que se fortalezca éste proceso.⁷⁷

- **Estar con:** La compañía es estar emocionalmente presente en el otro, que la persona perciba que estamos disponibles para aclarar sus dudas y enseñarle lo que ella necesita hasta que se empodere del cuidado. Ello implica compromiso, estar ahí, capacidad de comunicación, compartir sentimientos sin abrumar y transmitir disponibilidad.⁷⁸

- **Hacer por o para:** Hacer por otros lo que haríamos por nosotros mismos si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad. También implica que en nuestro actuar hagamos las cosas bien, informemos y expliquemos de la mejor manera y a su vez reconfortemos al otro.⁷⁹

- **Permitir o posibilitar:** Es ayudar a, o facilitar el paso del otro por transiciones de la vida o por situaciones desconocidas. Éste proceso incluye las estrategias educativas que utilizamos para que las personas aprendan a cuidarse. Aquí es necesario generar alternativas, retroalimentar permanentemente, hacer seguimiento y evaluar o validar lo que se ha aprendido.⁸⁰

- **Mantener las creencias:** Mantener la fe o la creencia de que el otro tiene la capacidad de salir adelante, que va a superar un hecho o acontecimiento y se va a enfrentar al futuro con un significado, teniéndole en alta estima, manteniendo

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid.

una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista y ayudando a encontrar ese significado estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.⁸¹

Estos 5 procesos enunciados por Swanson describen la importancia de comprender la historia de la persona (saber), la necesidad de estar emocionalmente involucrados con ella (estar con), el hacer todo lo que esté a nuestro alcance (haciendo por o para), y encontrar la manera de hacer frente a la profundidad y dureza de sus experiencias (facilitar o permitir), manteniendo la fe en la capacidad de la persona para que encuentre la forma de resolver los problemas (mantenimiento de la creencia)⁸².

Debe hacerse claridad en este punto frente a conceptos fundamentales en el referente teórico que orientan enfáticamente y hacen fuerte la diferencia con otros referentes conceptuales. Por tanto deben definirse los conceptos meta paradigmáticos e identificar el concepto de cuidado profesional, que para el desarrollo de la presente investigación tiene alta significancia.

2.2 CONCEPTOS META PARADIGMATICOS:

2.2.1 Enfermería:

Es el cuidado informado para el bienestar de otros. Es la disciplina conocedora de los cuidados que da bienestar a los demás y que en ese proceso aplica los patrones de conocimiento de enfermería descritos por Carper (1978).⁸³

2.2.2 Persona:

Son seres únicos, dinámicos, en crecimiento, espirituales, que se auto reflejan y que anhelan estar conectados con otros. Sugiere que cada individuo está influenciado por una herencia genética, un legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío,

⁸¹ Ibid.

⁸² SWANSON, Kristen. Practicas basadas en la investigación con mujeres que han tenido abortos involuntarios. En: Image J. Nurs. 1999, vol. 31, p. 339-345.

⁸³ TOMEY, Ann Marriner. *Modelos Y Teorías En Enfermería*. Vol. Sexta Edición. Mexico: Mc Graw Will, 2006.

identificado éste como la capacidad de decidir cómo actuar cuando se afronta un rango de posibilidades, limitadas también por la raza, clase social, sexo y acceso al cuidado. Es por eso que las personas modelan y son modeladas por el entorno en que viven. Lo anterior exige a la disciplina de enfermería aceptar la individualidad y la escogencia de posibilidades aceptables o deseables para las personas que atiende o cuidan.⁸⁴

2.2.3 Salud y bienestar:

Restablecer el bienestar es un complejo proceso de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud.⁸⁵

2.2.4. Entorno:

Swanson define el entorno como “cualquier contexto que Influye o es influido por el cliente; estas influencias pueden ser culturales, sociales, biofísicas, económicas y políticas.”⁸⁶

2.3 CONCEPTO DE CUIDADO PROFESIONAL

En palabras de María de Lourdes García el cuidado profesional se puede conceptualizar como la esencia de la disciplina de enfermería y tienen como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico científico y humanístico para conservación y mantenimiento de la vida. Finalmente, la construcción del concepto de cuidado profesional que se apoya en la práctica ofrece un acercamiento a la construcción del marco de referencia de la Ciencia de la Enfermería.⁸⁷

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ GARCÍA HERNÁNDEZ, María de Lourdes y colaboradores. Construcción Emergente Del Concepto: Cuidado profesional De Enfermería. *En Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, Vol. 20 (Esp), (2011): 74-80..

Desde la mirada de Swanson, el cuidado profesional está representado en su escala de cuidado en dos sub escalas:

- 1- Sanador compasivo: Se refiere al comportamiento del profesional de enfermería que en la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos establece una relación afectuosa y de confianza.⁸⁸
- 2- Sanador Competente: Se refiere al comportamiento del profesional de enfermería, con responsabilidad, compromiso, pericia e idoneidad para ejercer la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos.⁸⁹

2.4. VALIDACION DE UN INSTRUMENTO

En estudios realizados por Sánchez en el 2004, se observa cómo en el área de la salud existen variados instrumentos de medición que caben en el concepto de escalas para medir actitudes, creencias, comportamientos, adaptación, autonomía, ajuste social, entre otros. La mayoría de estas escalas son desarrolladas en países de habla inglesa, lo cual exige una adaptación cultural cuando se van a utilizar en culturas diferentes, lo que implica un proceso de certificación del instrumento, es decir, validación de la escala.⁹⁰

2.4.1 Instrumentación De Medición:

Un instrumento de medición es aquel que genera mediciones importantes, precisas, objetivas, sensibles, unidimensionales y eficientes. Las medidas de índole física o fisiológica tienen mayores posibilidades de alcanzar las metas señaladas en comparación con las de índole psicológica o conductual, pero prácticamente ningún

⁸⁸ Concepto elaborado por las docentes del grupo de investigación materno perinatal de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, basado en la teoría de la Dra. Kristen Swanson y aprobado por la autora. 2010

⁸⁹ *Ibíd.*

⁹⁰ SÁNCHEZ, Ricardo. ECHEVERRY, Jairo. Validación De Escalas De Medición En Salud. *En: Revista de Salud pública*. Vol. 6, No 3., (2004.): Bogotá. p 302-318.

instrumento de medición es perfecto. Si un instrumento no es altamente preciso, los resultados que concibe pueden tener algún grado de error.⁹¹

2.4.2 Error De Medición:

Desde el punto de vista conceptual, la puntuación o resultado obtenido puede descomponerse en dos porciones: un componente de error y otro componente verdadero. De acuerdo con Burns y Grove, el error de medición es la diferencia entre la puntuación real y lo que se mide en realidad. El error de medición existe tanto en las mediciones directas como indirectas y puede ser aleatorio o sistemático. La diferencia entre ellos es su dirección. En el error aleatorio la diferencia entre el valor medio y el error real no tienen patrón o dirección es al azar, mientras que en el error sistemático la variación en los valores de medición es principalmente en la misma dirección⁹².

2.4.3 Análisis De Instrumentos:

La construcción, interpretación y análisis de los instrumentos de medición se realiza soportada en dos aproximaciones teóricas: La teoría clásica, que se fundamenta en el modelo de regresión lineal, enfocada en el test y orientada al grupo normativo, cuyas propiedades formales (confiabilidad, validez, índices de los ítems) corresponden a correlaciones de Pearson. De otra parte la teoría moderna o teoría de Respuesta al Ítem o teoría se sustenta en funciones de probabilidad y credibilidad en modelos de distribución de tipo logístico, que se orienta al ítem y trasciende al grupo normativo. El criterio de medición en ambas teorías difiere. En la primera, el criterio es la puntuación global del test, mientras que en la segunda es la respuesta del examinado ante cada ítem.⁹³

Después de llevar a cabo un proceso de traducción y adaptación semántica, los autores recomiendan verificar la validez y la confiabilidad del instrumento o escala sometido a

⁹¹ POLIT, Denise. HUNGLER, Bernadette. *Investigación Científica En Ciencias De La Salud.*, Edited by Sexta Edición. México, 2000.

⁹² ARCOS, Diana. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento Calidad De Vida, Versión Familiar En Español. En: Universidad Nacional de Colombia, 2010.

⁹³ POLIT, Denise. HUNGLER, Bernadette. *Investigación Científica En Ciencias De La Salud.*, Edited by Sexta Edición. México, 2000.

variaciones. En tanto debe realizarse mediciones como la validez facial que mide la aceptabilidad que puede tener la escala en el escenario de aplicación. Existen varias formas para medir la validez facial; una de ellas, es determinando el índice de Kappa, dato estadístico que se consigue a través de estimadores del coeficiente de correlación intercalase usado en estudios clínicos, cuando los datos son sometidos al criterio de varios observadores. Este índice le proporciona al estudio fiabilidad numérica.⁹⁴

2.5 VALIDEZ

Retomando el texto de Arcos en el 2010, quien para definir la validez cita a Alonso J, quien define la validez de una medida como el grado en que proporciona información del fenómeno que pretende medir y no de otros.⁹⁵ Cita también a Oviden, quien por su parte se refiere a la validez como el aspecto de la medición psicopedagógica vinculado con la comprobación y estudio del significado de las puntuaciones obtenidas por los test⁹⁶. Y a Burns y Grove que dicen que la validez de un instrumento es la determinación del alcance con que este es capaz de reflejar las características del concepto abstracto que se examina.⁹⁷ Mientras que para Polit y Hungler (2000)⁴⁰ la validez constituye el segundo criterio de importancia para evaluar la idoneidad de un instrumento cuantitativo; denota el grado en que el instrumento mide lo que se supone que debe medir.⁹⁸

En el campo de la investigación científica en enfermería, los estudios metodológicos reconocen la importancia de la validez y confiabilidad de los instrumentos. En la actualidad se reconocen diferentes tipos de validez como son⁹⁹:

2.5.1. La Validez de Contenido:

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ ARCOS, Diana. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento Calidad De Vida, Versión Familiar En Español. En: Universidad Nacional de Colombia, 2010

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ POLIT, Denise. HUNGLER, Bernadette. *Investigación Científica En Ciencias De La Salud.*, Edited by Sexta Edición. México, 2000.

⁹⁹ ARCOS, Diana. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento Calidad De Vida, Versión Familiar En Español. En: Universidad Nacional de Colombia, 2010

Se mide para evitar conclusiones inválidas a partir de una escala o instrumento. La información que se recoge de los ítems debe satisfacer adecuadamente los criterios conceptuales y el alcance de los mismos para explicar un fenómeno en salud.¹⁰⁰ Esta medición se logra a partir de criterios de un panel de expertos, los cuales evalúan las variables con las que se define el índice de validez de contenido (IVC). Se ocupa de la pertinencia, es decir, si un ítem mide lo que se pretende evaluar en cuanto a contenido se refiere, y de la relevancia o importancia del mismo.¹⁰¹ Sin embargo la validez de contenido puede realizarse usando índices de correlación de las preguntas como la correlación de Pearson, cuyos valores negativos indican una correlación inversa, mientras que los positivos indican una correlación directa.¹⁰²

Hay dos variedades de validez de contenido: validez superficial y validez Muestral. La validez superficial se refiere a la evaluación subjetiva del investigador y del instrumento de medición. En la práctica, la validez superficial no se refiere a la pregunta de si el instrumento puede medir lo que se ha propuesto el investigador, sino que se refiere al grado en que se está midiendo según la valoración subjetiva de los investigadores. Mientras que la validez muestral: se refiere a que el instrumento contenga una muestra representativa del universo de la materia de interés¹⁰³.

El Índice de validez de contenido (IVC): Lawshe (1975) propuso un índice de validez basado en la valoración de un grupo de expertos de cada uno de los ítems del test como innecesario, útil y esencial. El índice se calcula a través de la siguiente fórmula:

$$IVC = \frac{n - N/2}{N/2}$$

Donde n es el número de expertos que han valorado el ítem como esencial y N es el número total de expertos que han evaluado el ítem. El IVC oscila entre +1 y -1, siendo

¹⁰⁰ SÁNCHEZ, Ricardo. ECHEVERRY, Jairo. Validación De Escalas De Medición En Salud. En: *Revista de Salud pública*. Vol. 6, No 3., (2004.): Bogotá. p 302-318..

¹⁰¹ POLIT, Denise. HUNGLER, Bernadette. *Investigación Científica En Ciencias De La Salud.*, Edited by Sexta Edición. México, 2000.

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ ARCOS, Diana. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento Calidad De Vida, Versión Familiar En Español. En: Universidad Nacional de Colombia, 2010

las puntuaciones positivas las que indican una mejor validez de contenido. Un índice IVC = 0 indica que la mitad de los expertos han evaluado el ítem como esencial. Los ítems con una bajo IVC serán eliminados. Lawshe (1975) sugiere que un IVC = .29 será adecuado cuando se hayan utilizado

2.5.2 La validez de constructo:

Es comprobar que un instrumento o escala mide realmente el constructo que se pretende medir. Son varios los métodos empleados y las técnicas estadísticas, pero el método descrito como de mayor relevancia y rigor es el siguiente:

- a) La aplicación del instrumento o escala a un grupo amplio de individuos. Para estudios metodológicos recomiendan por lo menos cinco individuos por cada ítem que tenga el instrumento, o no menos de 100 individuos en total.¹⁰⁴
- b) Correlacionar los datos obtenidos con las hipótesis previamente planteadas.
- c) Aplicar cualquier técnica multivariada de Análisis Factorial para descubrir estadísticamente las variables o factores encontrados.

En tanto, retomando la descripción empleada por Arcos, “la validez de constructo requiere una teoría sólida de la naturaleza del constructo que se mide y cómo se relaciona con los otros constructos”.¹⁰⁵ Incluye validez convergente, discriminatoria y nomológica.

La validez convergente: es el grado al que la escala se relaciona de manera positiva con otras mediciones del mismo constructo.¹⁰⁶

La Validez discriminatoria: es el grado al que una medición no se correlaciona con otros constructos de los que se supone que difiere. Incluye demostrar una falta de correlación entre los constructos que difieren.¹⁰⁷

¹⁰⁴ ABAD, Francisco. GARRIDO, Jesús. OLEA, Julio. PONSODA, Vicente. *Introducción a La Psicometría. Teoría Clásica De Los Test Y Teoría De La Respuesta Al Ítem.*, Editado por: Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, 2006.

¹⁰⁵ ARCOS, Diana. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento Calidad De Vida, Versión Familiar En Español. En: Universidad Nacional de Colombia, 2010

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Ibid.

La Validez nomológica: es el grado al que se correlaciona la escala en formas pronosticadas teóricamente con las mediciones de distintos constructos, pero que están relacionados.¹⁰⁸

2.5.3 La validez Facial:

Según Sánchez y Gómez (1998) la validez facial es el grado en que una situación de medida parece ser válida desde el punto de vista del observador; y de acuerdo con lo que expresa Tristán (2008) este tipo de validez es muy apreciada en los cuestionarios e instrumentos utilizados en la investigación de ciencias sociales y en el área de la salud, pero es menos conocida o, inclusive, no reconocida por muchos investigadores en el área de la evaluación del aprendizaje. La validez facial, al tener una alta carga subjetiva, puede hacer que las personas rechacen una prueba porque el aspecto no les parece aceptable o, por el contrario, que acepten una prueba deficiente porque está muy bien presentada o porque fue hecha por una agencia de nombre conocido en el ámbito de la evaluación. Debido a la carga subjetiva requiere de mucho cuidado en la interpretación de los análisis hechos por jueces. Puede sistematizarse la validez facial por medio de cuestionarios de escalas de apreciación, buscando los acuerdos entre especialistas y los usuarios de una prueba

2.6 CONFIABILIDAD

Otro criterio de gran importancia es la confiabilidad, que se refiere a la exactitud con el que el instrumento mide el atributo para el cual está diseñado, si los puntos que componen una escala teóricamente miden el mismo constructo, los cuales deben mostrar una alta correlación, es decir, la escala debe mostrar un alto grado de homogeneidad.¹⁰⁹

Para Nunnally (1995) citado por Arcos, "la confiabilidad de la medición es una cuestión clásica en la generalización científica. La medición es confiable en la medida en que

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ OVIEDO, Heidi C. Propiedades Psicométricas De Una Escala: La Consistencia Interna" *Revista de Salud pública*. Vol.10, N°5., (2008.): 831-839.

conduzca a los mismos resultados o similares, sin importar las oportunidades para que ocurran variaciones. Las medidas confiables nos permiten generalizar de un uso particular del método a una amplia gama de circunstancias; y en concordancia Cronbach L. J (1995) dice que la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo objeto o sujeto, produce iguales resultados, es decir a la condición de ser reproducible¹¹⁰. En otras palabras la capacidad de mostrar resultados similares en situaciones similares. Para complementar el concepto Arco cita también a Bernal (2006) quien considera que la confiabilidad de un cuestionario se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas, cuando se las examina en distintas ocasiones con los mismos cuestionarios

En síntesis, La confiabilidad de un instrumento se obtiene cuando se repiten los mismos resultados o similares, en más de una aplicación y en las mismas circunstancias; es decir si la medición es consistente, congruente y estable de una medición a otra se puede afirmar que el instrumento es confiable.¹¹¹ En palabras de Burns y Grove “el análisis de la fiabilidad es una medida de la cantidad de error aleatorio en la técnica de medición. Tiene características como la dependencia, la consistencia, la exactitud y la comparabilidad. La fiabilidad se expresa a menudo en forma de coeficiente de correlación así:

- coeficiente de 1,00 = fiabilidad perfecta
- coeficiente de 0,00 = no hay fiabilidad¹¹²

En la literatura varias maneras para medir la confiabilidad, entre ellas:

- a) estabilidad o confiabilidad prueba test-retest,
- b) Equivalencia
- c) Homogeneidad o consistencia interna

2.6.1 Estabilidad:

¹¹⁰ ARCOS, Diana. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento Calidad De Vida, Versión Familiar En Español. En: Universidad Nacional de Colombia, 2010.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Ibid.

La estabilidad de una medición expresa la magnitud con la cual se alcanzan los mismos resultados en las aplicaciones o usos. Las evaluaciones de la estabilidad se obtienen de métodos como confiabilidad ante una prueba y su repetición, a lo que se conoce como el método test-retest. Para su empleo, es importante entender que el factor que se mide pasa el mismo tiempo en las dos pruebas (test y retest) y que ningún cambio en el valor o la puntuación es consecuencia de un error al azar.¹¹³ **La confiabilidad test - retest** evalúa la estabilidad de la medición a lo largo del tiempo. En este procedimiento el instrumento de medición se aplica dos o más veces a un mismo grupo de personas, después de cierto período. Si la correlación de los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable. El coeficiente de correlación es un medio importante para describir en forma cuantitativa la magnitud y la dirección de la relación. El coeficiente de correlación de -1.00, pasando por 0.0, hasta +1.00. Cuando hay correlación perfecta el coeficiente se expresa en 1.00, cuando la relación existe pero no es perfecta el coeficiente de correlación tal vez este entre .50 o .60, cuando no hay relación absoluta entre variables, el coeficiente es igual a 0.0 y los coeficientes de correlación que van de 0.00 a -1.00 expresan lo que se conoce como relación inversa o negativa¹¹⁴.

2.6.2 Equivalencia Formas Paralelas:

Se aplican diferentes formas de la misma prueba al mismo grupo de personas, luego se correlacionan las dos listas de puntajes. Las pruebas son equivalentes si la correlación es estadísticamente significativa¹¹⁵

2.6.3 Equivalencia -fiabilidad íter evaluadores:

Es la valoración de la concordancia entre mediciones realizadas por dos o más observadores que han medido el mismo evento. Dos o más recolectores observan independientemente y registran el mismo evento utilizando el procedimiento de

¹¹³ Ibíd.

¹¹⁴ ARCOS, Diana. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento Calidad De Vida, Versión Familiar En Español. En: Universidad Nacional de Colombia, 2010.

¹¹⁵ SALKIND Neil. Métodos de Investigación. edición. T, editor. En: México,1999.

recolección de datos desarrollado para el estudio, o el mismo recopilador observa y registra un evento en dos ocasiones.¹¹⁶

2.6.4 Homogeneidad:

Establece la correlación de varios ítems con el instrumento que se analiza. Existen varias formas de establecer el nivel de correlación entre los ítems de un instrumento. El método más antiguo es la **técnica de división por mitades**. En ella, los puntos que comprenden la prueba se dividen en dos grupos, se cuantifican y se les da una puntuación independiente, y los resultados cuantificados de las dos medias pruebas se utilizan para computar un coeficiente de correlación. El coeficiente de correlación que describe la relación entre las dos mitades es una estimación de la congruencia interna de la escala.¹¹⁷

Arcos, citando a Nunnally (1995), y a Burns y Grove (2004) expresa que los autores coinciden en afirmar que con los avances de la tecnología computarizada, analizar la homogeneidad de los ítems de un instrumento permite una mayor aproximación a la confiabilidad. Con la prueba de **consistencia interna**, lo cual quiere decir que los ítems de un dominio deben correlacionarse bien con su propio dominio y no con otros dominios, esta prueba se realiza mediante el procedimiento estadístico del coeficiente alfa de Cronbach. Si el coeficiente es 1.00 quiere decir que cada ítem en el instrumento está midiendo coherentemente la misma cosa. Cuando esto ocurre, uno se puede preguntar el porqué de la necesidad de más de un ítem. Un coeficiente ligeramente inferior (del 0.80 al 0.90) indica que el instrumento proporcionara una ligera discriminación en los niveles del constructo.¹¹⁸ La consistencia interna puede emplear la fórmula 20 de Kuder-Richardson para escalas dicotómicas y el coeficiente de alfa de Cronbach para escalas que contengan varios ítems. Algunos autores manifiestan que la consistencia interna de un instrumento es adecuada si el coeficiente de alfa de Cronbach, se encuentra en

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ ARCOS, Diana. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento Calidad De Vida, Versión Familiar En Español. En: Universidad Nacional de Colombia, 2010.

valores entre 0,80 y 0,90, sobre todo cuando se está en las primeras fases de construcción y/o validación de una escala.¹¹⁹

2.7 RELACIÓN ENTRE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ:

Esta relación puede entenderse en términos de un modelo de calificación verdadero. Como lo establece Arcos en su análisis “Si una medición es perfectamente válida, también es perfectamente confiable. Si una medición es poco confiable, no puede ser perfectamente válida y la falta de confiabilidad implica invalidez. Si una medición es perfectamente confiable puede ser o puede no ser perfectamente válida, porque puede haber error sistemático. Aunque la falta de confiabilidad constituye una evidencia negativa para la validez, la confiabilidad no implica validez por sí misma.”¹²⁰

¹¹⁹ OVIEDO, Heidi C. Propiedades Psicométricas De Una Escala: La Consistencia Interna" *Revista de Salud pública*. Vol.10, N°5., (2008.): 831-839.

¹²⁰ ARCOS, Diana. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento Calidad De Vida, Versión Familiar En Español. En: Universidad Nacional de Colombia, 2010.

3. MARCO DE DISEÑO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio metodológico, que emplea pruebas psicométricas que permiten encontrar la validez y confiabilidad de los constructos que se quieren medir en la Escala de Cuidado Profesional de la Dra. Kristen Swanson, versión en español

De acuerdo con Polit, los estudios metodológicos “son indispensables en cualquier disciplina científica, y especialmente en fenómenos intangibles y muy complejos como lo son el comportamiento y el bienestar humano”; casos muy claros de las investigaciones en el campo de la salud.¹²¹ La investigación metodológica se refiere a investigaciones controladas sobre las formas para obtener, organizar y analizar datos; abordan el desarrollo, la validación y evaluación de los instrumentos o técnicas de investigación. El objetivo de estos, es orientar el desarrollo de instrumentos confiables de tal manera que otros investigadores los puedan utilizar para evaluar si se han logrado sus propósitos.¹²²

Es cuantitativo: Porque consta de variables que buscan recoger y cuantificar datos, realizando un análisis estadístico, que permite identificar la validez y confiabilidad de la Escala¹²³.

3.2 PARTICIPANTES

¹²¹ POLIT, Denise. HUNGLER, Bernadette. *Investigación Científica En Ciencias De La Salud.*, Edited by Sexta Edición. México, 2000.

¹²² SÁNCHEZ, Ricardo. ECHEVERRY, Jairo. Validación De Escalas De Medición En Salud. En: *Revista de Salud pública*. Vol. 6, No 3., (2004.): Bogotá. p 302-318.

¹²³ *ibíd.*

La investigación contará con varios grupos de participantes, teniendo en cuenta las necesidades y exigencias de criterios para evaluar la validez y la confiabilidad de la escala. Los grupos de participantes se describen así:

3.2.1 Validez de Contenido:

Los participantes de esta etapa de la investigación serán expertos en el área del cuidado que tendrán variedad en su nivel académico.

3.2.2 Validez Facial:

Se contará con un grupo de mujeres de diversos niveles socioeconómicos, educativos y cognitivos, para lo cual se incluirán participantes voluntarias de la población reclusa de la ciudad y estudiantes de colegio que cursen los grados séptimo, octavo y noveno.

3.2.3 Validez de Constructo y Confiabilidad:

Se contará con la participación voluntaria de mujeres gestantes de bajo riesgo que asisten a su control prenatal por enfermería en la Localidad de Engativá, en las unidades de atención Emaús, Bellavista y Álamos

3.3 TIEMPO

Las pruebas de campo se aplicarán en el primer semestre del año 2013

3.4 LUGAR

La Localidad de Engativá, es una de las veinte (20) localidades en que se divide la ciudad de Bogotá D.C. Su nombre para algunos significa “Puerta del Sol”, sin embargo se conoce que la designación “Engativá” responde a la tradición chibcha con la que los

nativos hacían alusión a la hermosura y fertilidad de sus tierras. La expresión original era “Ingativa” que quería decir “Señor de lo ameno, de lo sabroso”.¹²⁴

Se dice que la fundación de Engativá se dio en 1537, probablemente el 22 de mayo. En su época de municipio independiente, Engativá distaba 17 Km de la Ciudad de Bogotá y su actividad económica se centraba en la agricultura y la ganadería. El 17 de diciembre de 1954 mediante el Decreto Legislativo No. 3640 se anexaron al naciente Distrito Especial de Bogotá Engativá y otros municipios. El proceso de la localidad continuó en 1972, cuando por disposición del concejo de la ciudad, mediante el acuerdo 26 se organizaron 16 alcaldías menores, entre ellas la alcaldía menor de Engativá; organización que sería ratificada en 1977 mediante el acuerdo No. 8. Posteriormente, la constitución de 1991 le da a Bogotá el carácter de distrito capital; en 1992 la ley 1ª reglamentó las funciones de las juntas administradoras locales, de los fondos de desarrollo local y de los alcaldes locales. Luego, mediante los acuerdos 2 y 6 de 1992, el concejo distrital definió el número, la jurisdicción y las competencias de las juntas administradoras de cada localidad. Finalmente, el proceso se consolidó con la expedición del estatuto del distrito capital, Decreto 1421 de 1993, el cual asigna funciones específicas tanto a las autoridades distritales como locales.¹²⁵

Engativá tiene una extensión de 3.588 hectáreas, de las cuales 671 se han declarado suelo protegido. Esta localidad no tiene suelo rural. Está ubicada en la zona occidental de la ciudad y los límites descritos son: al norte con el río Juan Amarillo que la separa de la localidad de Suba; al sur, con la avenida El dorado y el antiguo camino de Engativá que la separan de la localidad de Fontibón; al oriente, con la avenida calle 68 y las localidades de Barrios Unidos y Teusaquillo, y al occidente, con el río Bogotá y el municipio de Cota. En el 2008 se conoció que en este suelo urbano se localizan 4.342 manzanas, un total de 332 barrios con una superficie de 3.119 hectáreas. En el año 2009, la localidad tenía una población de 828.096 habitantes, que representan el 11,4% de los habitantes del distrito capital.¹²⁶

¹²⁴ PLANEACION, SECRETARIA DISTRITAL. Conociendo La Localidad De Engativá. 2007.

¹²⁵ *Ibíd.*

¹²⁶ *Ibíd.*

Engativá. Proyecciones de población por sexo y tasa de crecimiento. 2005-2015.

Años	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Tasa de crecimiento Exponencial (x 100)
2005	377.090	416.854	793.944	
2006	381.637	421.238	802.875	1,12
2007	386.053	425.467	811.520	1,07
2008	390.355	429.557	819.912	1,03
2009	394.566	433.530	828.096	0,99
2010	398.713	437.411	836.124	0,96
2011	402.653	441.069	843.722	0,90
2012	406.597	444.702	851.299	0,89
2013	410.586	448.349	858.935	0,89
2014	414.666	452.053	866.719	0,90
2015	418.890	455.865	874.755	0,92

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades y UPZ 2006 – 2015

Los habitantes cuentan cómo se describe a continuación en la siguiente tabla con los respectivos números de equipamiento por cada 10.000 habitantes. Los cuales cumplen con diversas funciones que ofrecen bienestar integral a sus habitantes. Debe tenerse en cuenta, que la localidad tiene desarrollo equiparable al de algunas pequeñas ciudades y poblados del país. Se conoce que la localidad cuenta con equipamientos suficientes en salud, educación, centros, recreativos y religiosos. Carece de instituciones carcelarias, pero muy cerca se ubica un establecimiento carcelario llamado: Reclusión de Mujeres de Bogotá “El buen pastor”; el cual aloja en cifras del mes de Agosto de 2012 a 2.119 mujeres en su interior.¹²⁷

¹²⁷ Datos oficiales: Dirección General del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC).

Tabla N° 1. Bogotá D. C. Número de equipamientos por sector, población y número de equipamientos por cada 10.000 habitantes según localidad. 2009.

Localidad	Bienestar Social	Salud	Educación	Cultura	Culto	Recreación y Deporte	Abastecimiento de Alimentos	Administración	Seguridad, Defensa y Justicia	Recintos FERIALES	Cementerios y Servicios Funerarios	Total	Población 2009	Equipamiento por cada 10000 Hab
1 Usaquén	380	38	233	42	98	12	5	10	12		5	835	464.656	18
2 Chapinero	233	10	176	74	43	7	2	19	13		4	581	131.027	44
3 Santa Fe	286	14	110	69	41	5	6	23	33	1	12	600	109.882	55
4 San Cristóbal	563	25	174	63	60	6	3	6	12		2	914	410.259	22
5 Usme	596	18	110	63	32	3	3	6	10		3	846	349.346	24
6 Tunjuelito	103	19	97	10	46	1	4	6	11		4	301	202.119	15
7 Bosa	430	27	178	45	41	2	2	6	12		5	748	554.389	13
8 Kennedy	464	33	372	87	109	6	6	16	19		4	1.116	997.693	11
9 Fontibón	163	17	167	35	58	4	5	14	12		3	478	330.156	14
10 Engativá	681	29	402	47	147	12	9	16	19		5	1.367	828.096	17
11 Suba	532	21	429	78	130	21	3	18	19		5	1.256	1.018.629	12
12 Barrios Unidos	370	14	132	10	80	10	3	9	6	1	6	641	231.435	28
13 Teusaquillo	179	12	179	48	72	3	2	27	10	1	9	543	143.891	38
14 Los Mártires	130	24	64	10	25	1	3	4	16		4	281	97.283	29
15 Antonio Nariño	53	8	72	12	27	1	2	7	7		3	192	107.935	18
16 Puente Aranda	168	15	158	23	55	5	4	11	14		1	453	258.368	18
17 La Candelaria	116	8	102	40	16		1	28	12			323	24.095	134
18 Rafael Uribe Uribe	525	21	183	38	72	6	2	8	10		3	868	377.704	23
19 Ciudad Bolívar	823	37	174	85	74	3	4	7	14		4	1.225	616.455	20
20 Sumapaz		3	4	7	2						3	19	6.179	31
Fuera de Bogotá			1	2	26		2	7	1			39		
Total	6.797	393	3.517	888	1.254	108	71	248	262	3	85	13.626	7.259.597	19
%	49,9	2,9	25,8	6,5	9,2	0,8	0,5	1,8	1,9	0,02	0,6	100		

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades y UPZ 2006 – 2015

Debe resaltarse que existen 402 instituciones educativas y 29 centros de atención en salud de diversos niveles y grados de atención. Las instituciones de primer nivel de atención se organizan así: *Primer grado*. Está integrado por las Unidades Básicas de Atención (UBA), que prestan servicios básicos de salud, atendidos por un equipo de salud que cuenta con médico, odontólogo, trabajadora social, auxiliar de enfermería, promotor de saneamiento y promotores de salud. *Segundo grado*: son los Centros de Salud o Unidades Primarias de Atención (UPA) que, en conjunto con las Unidades Básicas de Atención (UBA) del área de influencia, constituyen el centro de salud. *Tercer grado*: lo componen por los Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI); está capacitado para atención de partos de bajo riesgo, consulta externa médica odontológica y atención de urgencias durante las 24 horas del día. Como se ve en el posterior cuadro, de las 29 entidades de salud corresponden a 1 Centro de Atención Ambulatoria (CAA), 7

Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), 2 hospitales, 3 instituciones de Salud de Nivel 2 y 16 Unidades Primarias de Atención (UPA).¹²⁸

Tabla Nº 2. Engativá. Número de equipamientos de salud por tipo según UPZ.

UPZ	CAA	CAMI	HOSP	NIV2	UPA	Total
26 Las Ferias		4			1	5
29 Minuto de Dios					10	10
30 Boyacá Real	1			2	2	5
31 Santa Cecilia				1		1
72 Bolivia			2			2
73 Garcés Navas		2				2
74 Engativá		1				1
105 Jardín Botánico					1	1
116 Álamos					2	2
Total Engativá	1	7	2	3	16	29
%	3,4	24,1	6,9	10,3	55,2	100

Fuente: DANE

El promedio de edad de la población que habita la localidad es para el año 2010 de 30,24 años. La tasa de fecundidad corresponde a 1,67 hijos por cada mujer, que es semejante a la tasa de fecundidad establecida para la ciudad de Bogotá. Las mujeres concentran su fecundidad entre los grupos de edad 20-24 y 25-29 años, la edad en la cual las mujeres deciden tener sus hijos es muy similar al comportamiento, en este aspecto, que tiene el conjunto de mujeres de la capital. La tasa de natalidad de la localidad es de 14,54 niños por cada mil habitantes en el periodo de 2005-2010 y en el conjunto de la capital nacen 16,83. La mortalidad infantil de la localidad se ubica en 15 por cada 1000 niños nacidos vivos, para el 2010 y se espera que baje este valor para ubicarse en 13 niños por cada 1000 nacidos vivos en el año 2015.¹²⁹

Para el año 2007, el hospital de Engativá, que está conformado por las 16 (UPA) de la localidad, presenta una cifra de 7412 controles por enfermería en la detección temprana de alteraciones en el embarazo y la detección temprana de las alteraciones en la

¹²⁸ PLANEACION, SECRETARIA DISTRITAL. Conociendo La Localidad De Engativá. 2007.

¹²⁹ Ibid.

infancia. En el hospital fueron atendidos durante el año 2591 partos vaginales y 1084 nacimientos por cesáreas. En Bogotá para este año se notificaron 64 casos de mortalidad materna de los cuales 7 casos fueron reportados en la localidad de Engativá. La mortalidad perinatal por el contrario tuvo un número más elevado de casos; en la ciudad se notificaron 1233 casos de los cuales 137 fueron notificados por la localidad de Engativá.¹³⁰ Para este mismo año, en el Distrito se analizó la información de la atención ofrecida a los usuarios encontrando que por el concepto de Detección de alteraciones en el embarazo, los profesionales de medicina realizaron 58273 atenciones, mientras los profesionales de enfermería realizaron 30,917 atenciones.¹³¹

Por su parte en el año 2011 se registraron 6.823 nacimientos en la localidad de Engativá, de los cuales 2.623 fueron atendidos en el hospital de Engativá. Se conoce además, que para este año la localidad reporto 2 casos de mortalidad materna. Para el año 2012 las UPA que tienen mayor cantidad de madres gestantes en el control prenatal son en orden descendente: Emús, Bellavista y Álamos.¹³²

3.5 MUESTRA:

El estudio metodológico requiere diferentes análisis para los cuales se vinculó participantes con características particulares para cada uno de los análisis así:

3.5.1 Validez Facial:

Los participantes de esta etapa de la investigación fueron (11) expertos en el área del cuidado que tendrán variedad en su nivel académico.

3.5.2 Validez de Contenido:

¹³⁰ BOGOTÁ, Secretaría Distrital de Salud de. *Boletín Estadístico*. Bogotá. D.C, 2007.

¹³¹ Ibid.

¹³² Oficina de Estadística. Hospital Engativá. Bogotá. D.C 2012

Se contó con un grupo de (471) mujeres de diversos niveles socioeconómicos, educativos y cognitivos, para lo cual se incluyó participantes voluntarias de la población reclusa de la ciudad y estudiantes de colegio.

3.5.3 Confiabilidad:

Se contó con la participación voluntaria de (150) mujeres gestantes de bajo riesgo que asistían a su control prenatal por enfermería en la Localidad de Engativá, en las unidades de atención Emaús, Bellavista y Álamos durante el primer semestre del año 2013.

3.6 TIPO DE MUESTREO:

El muestreo para la presente investigación es no probabilístico, intencional o por conveniencia.

3.7 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra aleatoria para efectos del estudio de la validez facial, contará con un tamaño de muestra que está ligado a la estimación de una proporción poblacional. La proporción de interés es la proporción de mujeres que comprenden el enunciado de cada uno de los ítems, por tanto se trata de una población infinita. La expresión para su cálculo es la siguiente:

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \pi(1 - \pi)}{\epsilon^2}$$

Donde $100(1-\alpha)$ es la confianza, expresada en porcentaje, asumida como elemento de precisión de la muestra, π es la proporción poblacional de interés, $z^2_{1-\alpha/2}$ es el percentil correspondiente de una distribución normal estándar y ϵ el error máximo admisible como el otro elemento de la precisión.

Con el fin de que la muestra proporcione la validez para el análisis de todos los ítems de la escala se asume $\pi=0.5$ y de esta manera el tamaño es el mayor posible, es decir que el tamaño de la muestra finalmente será calculado mediante la expresión:

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} 0,5(1 - 0,5)}{\epsilon^2}$$

De acuerdo a lo expresado, se realizó el cálculo teniendo en cuenta un error del 5% y una confianza del 97%; siendo el resultado una muestra de 471 mujeres.

Tabla Nº 3. Calculo de Muestra para Validez Facial

ERROR	CONFIANZA			
	90%	95%	97%	99%
1%	6764	9604	11774	16588
3%	752	1068	1309	1844
5%	271	385	471	664
8%	121	171	210	295
10%	68	97	118	166

El cálculo de la muestra para el análisis de la validez de contenido, se realizará empleando el Índice de Validez de Contenido (IVC), definidos por Lawshe en 1977 y modificadas por Tristán en 2007. Este cálculo requiere el cálculo inicial de la Razón de Validez de Contenido (CVR), en donde es determinante el número de panelistas o evaluadores empleados en la valoración de la escala. Los panelistas realizarán una evaluación teniendo en cuenta el modelo que consiste en analizar cada ítem valorando tres categorías: “Esencial”, “Útil pero no esencial” y “No necesario”. De acuerdo con Lawshe el número de expertos debe ser superior a cinco (5), sin embargo en el modelo modificado por Tristán, puede emplearse un número inferior. Se recomienda que el número de evaluadores sea impar y este acorde con la existencia de expertos en el área

a evaluar.¹³³ En la presente investigación se determina como número de personas expertas vinculadas al estudio (11) Enfermeras.

Para obtener este valor, se utilizarán las ecuaciones siguientes, las cuales son una modificación del modelo de Lawshe, sobre el cálculo de la validez de contenido de un instrumento.

a) Ecuación para el cálculo de validez de contenido para cada ítem.

Donde:

$$CVR^i = \frac{n_e}{N}$$

N= número total de panelistas

b) Ecuación para el cálculo de validez de contenido global del instrumento.

Donde:

CVRi = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe modificado (Lawshe, C. H. En: Tristán A. 2007).

M = total de ítems aceptables de la prueba.

La interpretación de los resultados obtenidos mediante la aplicación de las ecuaciones, se compararon con los criterios establecidos por el modelo de Lawshe modificado, donde plantea que si se tiene un puntaje mayor a 0.5823, se debe considerar que el ítem tiene un aceptable nivel de validez de contenido.¹³⁴¹³⁵¹³⁶¹³⁷

¹³³ TRISTAN, Agustín. Modificación Al Modelo de Lawshe Para El Dictamen De validez De Contenido De Un Instrumento objetivo. En: *Avances en medición*. 2008; 6(1), (2008): 37-48.

¹³⁴ ibíd.

¹³⁵ González, Yariela. Diseño, validez y confiabilidad del instrumento de observación “Indicadores de Pericia de la Enfermera. En: *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNA*. Vol 8. Año. 8 No. 1. Enero-Marzo 2011

¹³⁶ TRISTAN, Agustín. Modificación Al Modelo de Lawshe Para El Dictamen De validez De Contenido De Un Instrumento objetivo. En: *Avances en medición*. 2008; 6(1), (2008): 37-48.

¹³⁷ DIAZ, Luz Patricia. MUÑOZ, Alba Idaly. DE VARGAS, Divane. Confiabilidad Y Validez Del Cuestionario De Espiritualidad De Parsian Y Dunnin En Versión Española. En: *Revista Latinoamericana de Enfermería* Vol. 20 N° 3, (2012).

Para la realización de la medición de la Validez de Constructo y la confiabilidad de la escala, se tuvo en cuenta la recomendación de encontrar un número representativo que se encuentre dentro del rango necesario establecido por la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) definido como de cinco (5) a veinte (10) participantes por el número de ítems del cuestionario validado¹³⁸.¹³⁹ Se seleccionó el punto intermedio siendo el índice de cálculo para el estudio (10) participantes por cada ítem de la escala (15 x 10 = 150). La Escala de Cuidado Profesional (SCP) tiene 15 ítems, en tanto el número de participantes que integrarán la muestra para esta etapa de la investigación será 150 mujeres. La aplicación repetida de la escala permitirá la realización de análisis y pruebas estadísticas como el Alfa de Cronbach para la medición de la confiabilidad del instrumento.

3.8 CRITERIOS DE INCLUSION:

Los criterios de inclusión empleados en la aplicación de las pruebas que tiene por objetivo medir la validez facial de la escala fueron los siguientes:

- Saber leer y escribir
- Ser mujer

Los criterios de inclusión necesarios para los participantes de la investigación fueron:

- Ser mujer gestante sin importar su edad, su paridad o edad gestacional.
- Acudir al control prenatal por enfermería en los centros de atención Emús, Bellavista y Álamos, durante el primer semestre del año 2013.
- Saber leer y escribir

3.9 CRITERIOS DE EXCLUSION:

Los criterios de exclusión aplicados en la presente investigación fueron:

- Tener discapacidad mental o cognitiva diagnosticada.

¹³⁸ ABAD, Francisco. GARRIDO, Jesús. OLEA, Julio. PONSODA, Vicente. *Introducción a La Psicometría. Teoría Clásica De Los Test Y Teoría De La Respuesta Al Ítem.*, Editado por: Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, 2006..

¹³⁹ DUHACHEK A, y colaboradores. Results on The standard Error of the Coefficient Alpha Index of Reliability. En: *Marketing Science. Vol. 24(2)*, (2005): 294-301.

Para identificar trastornos cognitivos en las personas que integran la muestra se empleará la prueba conocida como Mini Examen del Estado Mental (MMSE), desarrollado por Folstein en 1975 para establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. Esta prueba se aplicará solo en los casos en los que se sospechen alteraciones del estado cognitivo. Las características esenciales que se evalúan son:

- Orientación espacio- tiempo.
- Capacidad de atención, concentración y memoria.
- Capacidad de abstracción (cálculo).
- Capacidad de lenguaje y percepción viso- espacial.
- Capacidad para seguir instrucciones básicas.

De esta prueba se han conocido dos versiones. La primera con puntuaciones totales de 35 puntos y la segunda con puntuaciones totales de 30 puntos. En la presente investigación se empleará la escala con puntuaciones totales de 30 puntos.¹⁴⁰ (Ver Anexo nº1)

3.10 INSTRUMENTO

La escala que se empleara es la escala de Cuidado Profesional; su versión original fue escrita en inglés y desarrollada como un medio para evaluar el cuidado que ofrece la enfermera a una persona en una situación de la práctica. Sus bases teórico conceptuales surgieron de la Teoría de Mediano Rango “Teoría de los cuidados” de la Dra. Swanson, que fue desarrollada a través de una serie de estudios clínicos en el área de salud de la mujer en 1991. Cuenta con validez de constructo y validez de contenido

¹⁴⁰ <http://www.neuropsicol.org/Protocol/mmse30.pdf>.

a través de la correlación con la escala del inventario de relación Barret Lennart ($r = 61$ P 0.001) y alfa de Cronbach de 97¹⁴¹. La escala original consta de 15 ítems distribuidos en una escala tipo Likert que cuenta con seis opciones de respuesta. Se identifican dos sub escalas “sanador compasivo” y “sanador Competente”, las cuales se derivan de las categorías o procesos de cuidado originales de la Teoría de Swanson: conocer, estar con, hacer para, posibilitar o permitir y mantener la creencia.

Primera sub escala: Sanador Compasivo: Se refiere al comportamiento del profesional de enfermería que en la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos establece una relación afectuosa y de confianza.¹⁴² Consta de 8 ítems: Reconfortante, positiva, escucha atentamente, atenta de sus sentimientos, visiblemente afectada por su experiencia, capaz de ofrecer esperanza y respetuosa. Segunda sub escala: Sanador Competente: Se refiere al comportamiento del profesional de enfermería, con responsabilidad, compromiso, pericia e idoneidad para ejercer la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos.¹⁴³ Costa de 7 ítems: Informativa clínicamente competente, personal, Apoyo, técnicamente hábil, cuidado y centrada en usted.

La Escala versión en español, año 2011, que tiene el proceso de adaptación semántica y transcultural estableció como opción de respuesta para los 15 ítems una escala de dos opciones de respuesta: “SI o NO” que facilita la comprensión y la interpretación de la Escala. Debe mencionarse que en el proceso de Adaptación semántica y transcultural que antecede a esta investigación, se realizó una prueba de campo con 50 gestantes para evaluar los criterios de claridad y comprensión; análisis que puede asemejarse a la medición de la validez facial. Por tanto uno de los objetivos del presente estudio es refinar la validez facial, por considerarse el antecedente pero identificar en él, ciertas debilidades que requieren ser mejoradas. (Anexo n°2)

3.11 PROCEDIMIENTO

¹⁴¹ WATSON, Jean. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science. En: Springer Publishing Company, (2002).

¹⁴² Concepto elaborado por las docentes del grupo de investigación materno perinatal de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, basado en la teoría de la Dra. Kristen Swanson y *aprobado por la autora*

¹⁴³ *Ibíd.*

FASES I:

3.11.1 Determinar La Validez De Contenido:

Para realizar la validez de contenido de la escala, se empleó la prueba conocida como prueba de expertos, con la cual los panelistas realizaron una evaluación teniendo en cuenta el modelo que consiste en analizar cada ítem valorando tres categorías: “Esencial”, “Útil pero no esencial” y “No necesario”. Definido por Lawshe y modificado por Tristán. En la presente investigación se contó con el concepto de 11 expertas. Por tanto se realizaron las siguientes actividades:

- Se elaboró un formato que permita evaluar cada uno de los ítems de la escala teniendo en cuenta los tres criterios de Lawshe, modificados por Tristán (Ver Anexo nº7)
- Se elaboró un instructivo que facilitó el auto diligenciamiento del formato en mención y de claridad a los criterios objetos de valoración.
- A través de una carta se realizó la invitación formal a los expertos escogidos para participar en el proceso de validación de contenido de la escala. (Ver Anexo nº8)
- Los expertos seleccionados realizaron el diligenciamiento del formato y enviaron su respuesta vía correo electrónico.
- Posteriormente se realizó una base de datos con la información recolectada, que permitió hacer un análisis cuantitativo de los datos.
- Se tuvieron en cuenta las observaciones que hicieron los expertos de cada ítem de la escala, las cuales fueron sujeto de un análisis cualitativo. Estas observaciones realizadas apuntaban a ajustes semánticos de las preguntas.
- Una vez realizado el análisis de los datos obtenidos en la fase de validez de contenido, se realizaron los ajustes requeridos a la escala.
- Posterior a la realización de los ajustes de la escala, sugeridos por el análisis realizado se modificó la composición semántica de cinco preguntas, las cuales fueron sometidas nuevamente al juicio de las once expertas. Las preguntas valoradas nuevamente fueron: 2, 9, 12, 14, 15.

- Seguidamente, se realizó una base de datos con la información recolectada, que permitió hacer un análisis cuantitativo de los datos.
- Una vez realizado el análisis mencionado, quedó la escala lista para ser sometida al procedimiento formal de validez facial.

FASE II

3.11.2 Determinar La Validez Facial:

Para refinar la Validez Facial de la Escala de Cuidado Profesional (SCP) de la Dra. Kristen Swanson, versión en Español, 2011; se empleó una muestra de (471) mujeres de diversas edades y condiciones socio económicas, educativas y culturales. Para ello se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Se realizó un acercamiento con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y con dos Instituciones de educación secundaria, solicitando la autorización de la realización de la investigación en sus instalaciones.
- Una vez autorizados los ingresos que facilitaron el acceso a la población, se diseñó un formato que permitió evaluar la comprensión de las preguntas de la escala, empleando una valoración de 1 a 3. Siendo los criterios: no la comprendo, la comprendo parcialmente y la comprendo respectivamente. El formato contendrá un instructivo que facilitará el auto diligenciamiento (Ver Anexo nº3)
- Para la participación voluntaria de las mujeres reclusas, se contó con el apoyo del personal de Psicología de la institución carcelaria quien estuvo dispuesto a intervenir en el caso de que las preguntas despertaran susceptibilidades en las mujeres; y con el apoyo del personal de guardia que se encargó de mantener las condiciones de orden y seguridad de la aplicación del formato.

- Antes de la aplicación del formato que evaluó la comprensión de las preguntas que integran la escala, los participantes dieron su autorización mediante el diligenciamiento y firma del consentimiento informado (Ver Anexo nº4). En caso de que las participantes menores de catorce años de edad, como es el caso de las estudiantes de bachillerato, firmaron el documento de asentimiento informado (Ver Anexo nº 5) y se contó con el consentimiento informado firmado de los padres o su representante legal (Ver Anexo nº 6).
- Se realizó la aplicación del formato a (250) mujeres reclusas, (73) estudiantes de bachillerato residentes en Bogotá y (148) estudiantes de bachillerato de Villanueva Santander, previa firma del consentimiento y/o asentimiento informado, según correspondió a su edad.
- Seguidamente se asignó un código numérico consecutivo a cada uno de los formatos, el cual reemplazo por la identificación de las participantes.
- Consecutivamente se realizó una base de datos con la información recolectada, sistematizando la información.
- Finalmente se realizó un análisis de los datos, el cual mostró la comprensión de la escala. Se consideraron los datos y las sugerencias realizadas por las participantes para mejorar la comprensión de las preguntas y se realizaron ajustes semánticos a tres preguntas que fueron la Nª 2, 11,12.
- Se realizó una nueva valoración de la comprensión las preguntas para lo que se calculó una muestra de 104 participantes para conseguir un 90% de comprensibilidad.
- Se aplicó nuevamente a mujeres de diversas condiciones, edad y nivel educativo.
- Seguidamente se asignó un código numérico consecutivo a cada uno de los formatos, el cual reemplazo por la identificación de las participantes.

- Consecutivamente se realizó una base de datos con la información recolectada, sistematizando la información.
- Finalmente se realizó un análisis de los datos, el cual mostró un aumento en las cifras de la comprensión de la escala. Una vez realizado este procedimiento el instrumento quedó listo para realizar las pruebas de confiabilidad y validez de constructo.

FASE III

3.11.3 Determinar La Validez De Constructo Y La Confiabilidad:

Para cumplir con los dos objetivos establecidos en esta fase, es necesario la aplicación de la escala en repetidas oportunidades. De esta manera podrán realizarse análisis diversos para determinar si la escala mide realmente el constructo para la cual se ha diseñado y si las medidas que proyecta son o no confiables. La escala se aplicó a (150) mujeres gestantes que acudían a sus controles prenatales por enfermería a las Unidades de Atención de: Emús, Bellavista, La Española, Boyacá Real y Álamos de la localidad de Engativá en la ciudad de Bogotá D.C. Para obtener de ellas la información, se realizaron las siguientes actividades:

- Se solicitó la autorización de la realización de la investigación en las instituciones en mención, las cuales pertenecen al Hospital de Engativá; mediante una carta y un ejemplar del proyecto de investigación. (Ver Anexo 9 y 10).
- Una vez obtenida la autorización de la entidad, se realizó acercamiento con las Enfermeras que realizan el control prenatal, para determinar las condiciones logísticas para la aplicación del instrumento.
- Se identificó que las pacientes que acuden al control prenatal en esta Localidad son pacientes de alto riesgo que tienen manejo por Ginecología hasta el final de su embarazo, en tanto la Enfermera no es protagonista de la atención, ofrece la primera consulta de inscripción, educación en lactancia materna y asesoría en planificación familiar.

- Teniendo en cuenta que la Escala original está diseñada para evaluar la relación paciente- profesional en cualquier relación de cuidado, se aplicó la escala de acuerdo con lo previsto inicialmente.
- Considerando que el volumen de pacientes atendidas a diario por la Enfermera, disminuía significativamente en relación a lo esperado, por la situación que se expone anteriormente, se decidió acceder a la información consignada en la Ficha de Seguimiento a la Gestante de cada una de la UPA.
- La Ficha de Seguimiento a la Gestante es un documento que se emplea para obtener los datos más importantes de ubicación, asistencia a controles prenatales y reportes de laboratorios.
- Se extrajo la información de datos de ubicación de las madres atendidas por la Enfermera en el mes de Junio y Julio de las UPA de Emaús y Álamos.
- Se estableció contacto telefónico con las madres a quienes se les solicitó su autorización para participar en la investigación de forma verbal. No se incluyeron en la búsqueda de datos las mujeres menores de 14 años por su incapacidad de consentir de acuerdo con la legislación Colombiana. De las mujeres contactadas dos expresaron sus deseos de no participar, los cuales fueron respetados.
- Una vez obtenido el consentimiento verbal, Se explicó el objetivo de la investigación y se señaló la última fecha en la que había sido atendida por la Enfermera.
- Seguidamente se aplicó la escala de manera telefónica. El tiempo promedio empleado en el diligenciamiento de la Escala fue de dos minutos y medio.
- Realizada la aplicación de la escala, se asignó un código numérico al formato diligenciado para cada una de las participantes el cual reemplazó su identidad.
- Seguidamente se realizó una base de datos, en la cual se digitalizaron los datos de una forma organizada, garantizando la confiabilidad de los mismos.
- Posteriormente se realizaron los análisis estadísticos de los datos para determinar la validez de constructo y la confiabilidad de la escala, entre otros datos de interés.
- El análisis no permitió hallar validez de constructo, pues la escala estableció una escala de respuesta de Si o No que no favoreció la variabilidad de los datos. Se realizaron diversos análisis hasta llegar a la conclusión que era necesario dar más opciones de respuesta de acuerdo con la escala original.

- El origen de esa selección estuvo determinado por el criterio de las mujeres que participaron del proceso de adaptación semántica y transcultural quienes fueron interrogadas sobre cuál de todas las opciones de respuesta era más comprensible y fácil de contestar. No se tuvo en cuenta la posibilidad de no generar dentro de esta selección todos los elementos posibles y acordes con la escala original, que tiene para su respuesta una escala Likert con cinco opciones.
- Se ajustó la escala con una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, planteada y consultada en el proceso de adaptación semántica y transcultural. Las opciones de respuesta esta vez fueron: Siempre, La mayoría de veces, Algunas veces si algunas no y nunca.
- Se consultaron las Fichas de Seguimiento a la Gestante de los meses de Agosto y Julio de cinco UPAs: La Española, Bellavista, Emaús, Álamos y Boyacá Real.
- Se estableció contacto telefónico con las madres a quienes se les solicitó su autorización para participar en la investigación de forma verbal. No se incluyeron en la búsqueda de datos las mujeres menores de 14 años por su incapacidad de consentir de acuerdo con la legislación Colombiana. De las mujeres contactadas ninguna manifestó sus deseos de no participar.
- Una vez obtenido el consentimiento verbal, Se explicó el objetivo de la investigación y se señaló la última fecha en la que había sido atendida por la Enfermera.
- Seguidamente se aplicó la escala de manera telefónica. El tiempo promedio empleado en el diligenciamiento de la Escala fue de cuatro minutos.
- Realizada la aplicación de la escala, se asignó un código numérico al formato diligenciado para cada una de las participantes el cual reemplazará su identidad.
- Seguidamente se realizó una base de datos, en la cual se digitalizaron los datos de una forma organizada, garantizando la confiabilidad de los mismos.
- Posteriormente se realizaron los análisis estadísticos de los datos para determinar la validez de constructo y la confiabilidad de la escala.
- Teniendo en cuenta que se recogieron dos bases de datos de la aplicación de la misma escala con dos opciones de respuesta diferente, se empleó la estrategia de asignar direccionalidad a los datos recogidos con escala de medida dicotómica, modificando el criterio (1) SI como presencia del atributo y (0) NO como ausencia del atributo por el criterio de (1) Mas del atributo y (0) Menos del atributo.

- Para realizar este ajuste el investigador principal y el asesor de tesis analizaron cada uno de los ítemes y consideraron cuales aportaban más al concepto de Sanador Compasivo y cuales aportaban menos. De la misma manera se analizaron los ítemes que aportaban más o menos al concepto de sanador competente.
- De esta manera se permitió realizar un análisis de los datos recogidos y comparar la información

3.12 SOCIALIZACION DE RESULTADOS:

Los resultados de la presente investigación se enviarán mediante informe a cada una de las instituciones donde fue realizada la investigación. La información que resulte del estudio, se presentará en diferentes eventos de carácter académico y se realizará un artículo científico que será publicado en una revista indexada nacional o internacional para su consulta.

4. CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación se enmarca en los principio éticos que se enlistan a continuación y estuvo ajustada a las condiciones que establece la Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993, donde se dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para realizar investigación en salud en Colombia.

4.1 PRINCIPIOS ETICOS:

4.1.1 Beneficencia:

La presente investigación pretende validar una escala para medir el cuidado profesional de las enfermeras, situación que beneficiará al gremio, profesional, a las instituciones de salud y principalmente a los usuarios de los servicios de salud, quienes obtendrán una atención de los profesionales de enfermería que integra no solo aspectos técnicos y habilidades del cuidado, si no que rescata la importancia de la relación interpersonal, y la comunicación. En tanto se considera que el desarrollo de la presente investigación traerá aportes importantes a la ciencia de enfermería que redundará en beneficios para los usuarios de los servicios de estos profesionales, y que no existe un método idóneo diferente que permita obtener los resultados que persigue este estudio.

4.1.2 No Maleficencia:

Esta investigación se clasifica de acuerdo a los criterios establecidos en la Resolución 008430 de 1993 determinados en el artículo nº 11, como investigación con riesgo mínimo. Sin embargo, se prevé en el diseño de su realización, que pese a que las preguntas contenidas en la escala, serán las sujetas a valoración, existe la posibilidad de despertar susceptibilidades en personas vulnerables y se establece el apoyo de profesionales expertos en el tema, que en caso de presentarse pueda manejar la situación de una manera idónea. De presentarse esta situación, el investigador suspenderá la entrevista y la participante podrá ser retirada de la investigación en caso

de que sea su voluntad, en cumplimiento del artículo nº 12 de la misma Resolución. De otro lado, se han establecido las estrategias encaminadas a la protección de la privacidad e intimidad de las participantes, según lo estipulado en el artículo nº 7 de la Resolución 008430 de 1993, mediante el uso de un código numérico que reemplazará la identificación para las etapas posteriores de la investigación; y se considera fundamental el respeto por la dignidad y el derecho al bienestar de cada una de las participantes del estudio.

4.1.3 Autonomía:

El empleo de consentimiento y/o asentimiento informado en el desarrollo de la investigación, es muestra del reconocimiento de los participantes como seres autónomos, con capacidad de auto determinarse. La presente investigación plantea en su diseño la inclusión de personas altamente vulnerables. De acuerdo con las Normas CIOMS “Son individuos convencionalmente considerados vulnerables aquéllos con capacidad o libertad disminuida para consentir o abstenerse de consentir”. Entre ellos se mencionan a los niños, y los pertenecientes a grupos poblacionales, subordinados o con libertad limitada o incapacidad de auto determinarse.

De acuerdo a lo planteado en el diseño, la vinculación de las mujeres privadas de la libertad, las niñas del colegio y las madres en gestación independientemente de su edad cronológica; determinan la necesidad de revisar de una manera más amplia su condición de vulnerabilidad y la autonomía que a cada grupo corresponde.

- ***Población Privada de la Libertad:***

La investigación reconoce que pese a la pérdida de algunos derechos legales de las personas cuando son condenadas por diversos delitos, la autonomía es inherente a su condición humana. Ha de señalarse que la privación de la libertad a un individuo, no significa de ninguna manera la anulación de sus derechos fundamentales. En ese entendido y como bien lo ha referido en múltiples pronunciamientos la Honorable Corte Constitucional; existen algunos derechos fundamentales que por la simple condición de persona privada de la libertad se suspenden, otros que se limitan y otros tantos que permanecen incólumes.

El máximo órgano Constitucional Colombiano, frente al tema de los derechos fundamentales de los reclusos, mediante **Sentencia T-213 de 2011,** ha determinado que estos pueden clasificarse en tres grupos a saber¹⁴⁴:

En un primer grupo se encuentran los derechos intocables o intangibles, es decir, aquellos que son inherentes a la naturaleza humana y no pueden suspenderse ni limitarse por el hecho de que su titular se encuentre recluido. En este grupo se encuentran los derechos a la vida, la dignidad humana, la integridad personal, la igualdad, libertad religiosa, debido proceso y el derecho fundamental de Petición.

En un segundo grupo están, los derechos suspendidos o limitados; dentro de esta clasificación se encuentran, aquellos derechos cuya afectación emerge, como consecuencia propia e implícita privación de la libertad, es decir, que en este segundo grupo se hallan el derecho a la libre locomoción, unidad familiar y la libertad, entre otros.

Por último, en el tercer lugar tenemos los derechos restringidos o suspendidos. Son estos el resultado de la relación de sujeción del interno para con el Estado, dentro de este grupo están: el derecho al trabajo, a la educación, a la intimidad personal y familiar, de reunión, de asociación, libre desarrollo de la personalidad, libertad de expresión. En consecuencia, la relación de especial sujeción que existe entre las personas que se encuentran privadas de la libertad y el Estado, no es otra cosa que “una relación jurídica donde el predominio de una parte sobre la otra no impide la existencia de derechos y deberes para ambas partes”. Por tanto, las personas privadas de la libertad podrán gozar de sus derechos a la libre expresión, enseñanza, reunión asociación, siempre y cuando, no se atente contra los derechos de los demás y su ejercicio no sea obstáculo para el logro de la convivencia pacífica, la prevalencia del interés social, la moralidad, las buenas costumbres, la seguridad y la salubridad, entre otros, dentro de los límites que impongan la ley y los reglamentos.

Con lo anterior; toda suspensión o limitación a los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad, debe fundarse en los principios de proporcionalidad y necesidad; en ese entendido, toda prohibición o restricción que se imponga a una

¹⁴⁴ COLOMBIA, Corte Constitucional de. Sentencia T-213. 2011.

persona privada de la libertad, deberá encontrarse soportada en la Ley o en la Constitución, pues de lo contrario se estaría violando de manera flagrante los derechos y garantías fundamentales del confinado(a).

Resulta claro entonces, que para la recolección de la muestra que se pretende tomar con las mujeres privadas de la libertad, es totalmente necesario la realizar un abordaje que garantice la expresa manifestación de la voluntad de las reclusas para su vinculación con la investigación; en prueba del reconocimiento de la autonomía como condición inherente de la humanidad. Que deben extremarse las medidas que garanticen que no existirá ningún tipo de presión ni exclusión teniendo en cuenta su condición de vulnerabilidad. No se permiten medidas de fuerza u otras que ejerzan coerción de las mujeres a participar en la investigación y que se asegure el respeto por su dignidad e intimidad. Que no existe limitación jurídica alguna que pueda obstaculizar la expresión de las reclusas mediante el diligenciamiento del escala diseñado, por hacer uso expreso de su derecho a la libre expresión.

- ***Población Menor de Edad:***

Algunos individuos o grupos pueden tener limitada su capacidad de dar consentimiento informado debido a que su autonomía se encuentra limitada. Es preciso ampliar la información concerniente a la capacidad jurídica, que de acuerdo con el **Código Civil Colombiano** se refiere a la aptitud de una persona para ser titular de derechos y obligaciones; de ejercer o exigir los primeros y contraer los segundos en forma personal y comparecer a juicio. La capacidad jurídica permite crear, modificar o extinguir relaciones jurídicas de forma voluntaria y autónoma. Está íntimamente relacionada con la voluntad, entendiéndose esta como la facultad psíquica que tiene el individuo o persona para elegir entre realizar o no un determinado acto, y depende directamente del deseo y la intención de realizar un acto o hecho en concreto. Tiene relación, con la capacidad que tiene la persona para tomar decisiones sin estar sujeto a limitaciones; libremente, sin secuencia causal ni imposición o necesidad.

La capacidad jurídica nace con el inicio de la existencia legal de toda persona, de acuerdo al Artículo 90, cuando la persona nace, esto es, cuando se separa

completamente de su madre. De otro lado el artículo 1502 contempla que: *“Para que una persona se obligue a otra por un acto o declaración de voluntad, es necesario:*

- 1.) Que sea legalmente capaz;*
- 2.) Que consienta en dicho acto o declaración y su consentimiento no adolezca de vicio*
- 3.) Que recaiga sobre un objeto lícito;*
- 4.) Que tenga una causa lícita. La capacidad legal de una persona consiste en poderse obligar por sí misma, y sin el ministerio o la autorización de otra”.*

De otra parte la ley también manifiesta que solo en aquellos casos expresamente señalados por la misma ley, se debe entender que una persona, en tales condiciones es incapaz para asumir responsabilidades o para ejercer o exigir derechos. El Artículo 1504 determina que: *“Son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y sordomudos, que no puedan darse a entender por escrito. Sus actos no producen ni aún obligaciones naturales, y no admiten caución. Son también incapaces los menores adultos que no han obtenido habilitación de edad y los disipadores que se hallen bajo interdicción. Pero la incapacidad de estas personas no es absoluta y sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos aspectos determinados por las leyes. Además de estas incapacidades hay otras particulares que consisten en la prohibición que la ley ha impuesto a ciertas personas para ejecutar ciertos actos”.* Vemos aquí, que la ley señala como incapaces a los menores de edad, siendo estos los individuos o personas que aún no ha alcanzado la edad adulta. La minoría de edad comprende toda la infancia y, a menudo, la adolescencia o parte de ella, y por lo general se considera que se es menor de edad hasta que no se cumpla 18 años. Respecto a los menores de edad, el Código civil Colombiano, Artículo. 34, establece que: *“Llámesese infante o niño, todo el que no ha cumplido siete años; impúber, el que no ha cumplido catorce años; adulto, el que ha dejado de ser impúber; mayor de edad, o simplemente mayor, el que ha cumplido dieciocho años, y menor de edad, o simplemente menor el que no ha llegado a cumplirlos. Las expresiones mayor de edad o mayor, empleadas en las leyes comprenden a los menores que han obtenido habilitación de edad, en todas las cosas y casos en que las leyes no hayan exceptuado expresamente a estos”.*

En consecuencia la ley establece límites sobre actuaciones que considera que el menor no tiene capacidad legal suficiente para hacer por su cuenta y riesgo, y se le exime de la

responsabilidad de actos que se considera no se le pueden imputar por su falta de capacidad para actuar. Se establecen dos tipos de incapacidades en el artículo 1504; absolutas y relativas: *“Son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y sordomudos, que no pueden darse a entender Son también incapaces los menores adultos que no han obtenido habilitación de edad y los disipadores que se hallen bajo interdicción. Pero la incapacidad de estas personas no es absoluta y sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos respectos determinados por las leyes”*

Las principales diferencias entre la incapacidad absoluta y relativa radica en que:

- 1- Los incapaces absolutos necesitan un representante para participar en sus derechos y los relativos requieren de un representante o permiso del representante.
- 2- Los actos de los incapaces absolutos adolecen de nulidad absoluta y los de incapaces relativos, adolecen de nulidades relativas
- 3- Los actos de los absolutos no producen obligaciones y los relativos producen una obligación natural, entendidas estas como *“las que no confieren derecho para exigir su cumplimiento, pero que cumplidas autorizan para retener lo que se ha dado o pagado, en razón de ellas”*

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, para la participación de las menores de edad, es preciso obtener el consentimiento del representante legal, además del consentimiento del menor de participar en el estudio.

4.1.4 Justicia:

Se considera que los resultados de la presente investigación traerán grandes beneficios para la comunidad de enfermería y que impactaran la atención que en el futuro recibirán los usuarios de los servicios de salud y la comunidad en general, por tanto se reconoce que la participación de las mujeres descritas cumple con el principio de justicia. Además, se garantizará en el desarrollo de la misma un trato libre de discriminaciones, respetuoso y preservación del derecho a la intimidad. No se empleará ningún tipo de estímulo a ninguna de las poblaciones participantes en la investigación, para la participación en la misma.

4.2 ASPECTOS ETICOS

Los siguientes son aspectos éticos importantes en el diseño de la presente investigación:

- El personal que hace parte del equipo investigador reúne las condiciones de idoneidad para su desarrollo.
- Se adoptaron las recomendaciones internacionales establecidas en las pautas 1,2,4,5,6,8,9,12,13,13,16,17,18 establecidas en CIOMS.
- El proyecto de investigación tiene en cuenta los lineamientos establecido en la Resolución 008430 de 1993, donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, específicamente en las recomendaciones para la investigación con mujeres gestantes donde las permite “Cuando no interfieran con la salud de la madre ni el feto”. Además, contempla las normas establecidas en el capítulo V, referente a la investigación en grupos subordinados.
- El proyecto de investigación contempla lo establecido en el Capítulo IV, Título III de la Ley 911 de 2004, sobre la responsabilidad del profesional de enfermería en investigación.

5. MARCO DE ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados métricos que aquí se presentan son el resultado del análisis realizado una vez concluida la fase de recolección de datos, los cuales dan soporte y validez al instrumento adaptado al español, versión 2011.

Tabla nº 4. Herramientas Empleadas

EVIDENCIA DE VALIDEZ	PRUEBAS ESTADISTICAS EMPLEADAS
Validez de Contenido	Índice Lawshe modificado
	Concordancia entre expertos: Kappa de Fleiss
Validez Facial	Análisis de Comprensibilidad
Validez de Constructo	Análisis Factorial,
Confiabilidad: Consistencia interna	Alfa de Cronbach

5.1 VALIDEZ DE CONTENIDO:

El primer atributo que debe cumplir la Escala es la validez. La validez de contenido que se refiere a que los aspectos que se miden en los ítems de la Escala, se relacionen directamente con el concepto de cuidado profesional, caracterizado por dos conceptos: Sanador Compasivo y competente. Si la Escala tiene validez de contenido, entonces ningún ítem es ajeno al contenido previsto, en tanto tienen una relación directa con los objetivos.^{145 146} Se determinó a través de la prueba de expertos descrita por Polit,¹⁴⁷ en la cual participaron once (11) expertas del área del cuidado o cuidado materno perinatal.

¹⁴⁵ TRISTAN, Agustín. *Estándares De Calidad Para Pruebas Objetivas*. En: Bogotá D.C, 2006.

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ POLIT, Denise. HUNGLER, Bernadette. *Investigación Científica En Ciencias De La Salud*., Edited by Sexta Edición. México, 2000.

Esta selección obedeció a que la Escala original está diseñada para evaluar la relación de cuidado entre Profesional- paciente en cualquier contexto donde esta se establezca, sin embargo la adaptación al español contempla una relación en el entorno del cuidado materno perinatal; y su número nutrido de convocadas fue una medida para asegurar la pluralidad de criterio.

Las expertas seleccionadas fueron profesionales de enfermería de las cuales seis (6) se consideraron expertas en el área del cuidado materno perinatal y cinco (5) expertas en otras aéreas del cuidado como el cuidado crónico del adulto o pediátrico. Las panelistas escogidas tenían diversidad de formación académica: Universitaria, Especialista, Maestría y Doctorado. Las expertas convocadas que poseían formación universitaria, son Enfermeras clínicas con más de veinte (20) años de experiencia en instituciones reconocidas por su desempeño.

Tabla Nº 5. Distribución de Expertas por formación académica y área del cuidado

FORMACION ACADEMICA	EXPERTA EN CUIDADO MATERNO PERINATAL	EXPERTA EN OTRAS AREAS DEL CUIDADO
Universitario	1	1
Especialista	1	1
Maestría	3	0
Doctorado	1	3

Cada una de las convocadas al panel de expertas, evaluó uno a uno los ítems que compone la Escala de Cuidado Profesional (SCP) teniendo en cuenta los siguientes criterios enunciados en el Modelo de Lawshe modificado por Tristán: Esencial, útil pero no esencial y no necesario¹⁴⁸¹⁴⁹.

Antes de realizar los análisis para obtener el índice de validez de contenido, se aplicó el índice denominado Kappa de Fleiss, que tuvo el objetivo de evaluar la concordancia del

¹⁴⁸ TRISTAN, Agustín. Modificación Al Modelo de Lawshe Para El Dictamen De validez De Contenido De Un Instrumento objetivo. En: *Avances en medición*. 2008; 6(1), (2008): 37-48.

¹⁴⁹ *Ibíd.*

acuerdo entre las expertas que efectuaron una evaluación categórica de la escala¹⁵⁰. Esta es una medida importante que disminuye el error de medición, que en la mayoría de los casos es producto de la variabilidad inter observador, cuya magnitud es posible de estimar a través de los llamados estudios de concordancia, los cuales tienen como objetivo estimar hasta qué punto dos o varios observadores coinciden en su medición¹⁵¹.

Cuando los datos son de tipo categórico, el test más frecuentemente empleado es el test de kappa, cuyo coeficiente homónimo refleja la fuerza de la concordancia entre dos observadores, sin embargo la medida indicada para el caso donde se cuenta con un nutrido panel de expertos es Kappa de Fleiss.¹⁵² El coeficiente kappa puede tomar valores entre -1 y +1. Mientras más cercano a +1, mayor es el grado de concordancia inter-observador, por el contrario, mientras más cercano a -1, mayor es el grado de discordancia inter-observador. Un valor de $\kappa = 0$ refleja que la concordancia observada es precisamente la que se espera a causa exclusivamente del azar.¹⁵³

El cálculo fue realizado utilizando la siguiente expresión:

$$K = \frac{\frac{\sum_{i=1}^k n_{ii}}{N} - \frac{\sum_{i=1}^k n_{i+} \cdot n_{+j}}{N^2}}{1 - \frac{\sum_{i=1}^k n_{i+} \cdot n_{+j}}{N^2}}$$

Del cual se obtuvo la siguiente tabla que expresa la concordancia entre los evaluadores, en cada uno de los ítems de la escala.

¹⁵⁰ LOHRMANN C, y colaboradores Care dependency: testing the German version of the Care Dependency Scale in nursing homes and on geriatric wards. *En: Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. 2003;17(1):51-6.

¹⁵¹ CERDA, Jaime. Observación De La Concordancia Inter Observador En La Investigación Pediátrica: Coeficiente De Kappa. *Revista Chilena de Pediatría* 79 (1), (2008): 54-58..

¹⁵² Ibid.

¹⁵³ Ibid.

Tabla Nº 6. Calculo de Kappa de Fleiss con 11 Evaluadores

ITEM DE LA ESCALA	CONCORDANCIA ENTRE EVALUADORES			I
	ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	
1	10	1	0	0,8182
2	5	6	0	0,4545
3	11	0	0	1
4	11	0	0	1
5	8	3	0	0,5636
6	6	5	0	0,4545
7	11	0	0	1
8	7	4	0	0,4909
9	9	2	0	0,6727
10	10	1	0	0,8182
11	10	1	0	0,8182
12	8	2	1	0,5273
13	10	1	0	0,8182
14	9	2	0	0,6727
15	8	3	0	0,5636
KAPPA				0.4156

De acuerdo con lo referido por Landis y Koch en 1977¹⁵⁴ respecto a la interpretación de los valores del coeficiente kappa encontrados en el presente análisis, se considera con una fuerza de concordancia inter evaluador: Moderada (0.41 a 0.60).¹⁵⁵ Teniendo en cuenta lo anterior y las observaciones generadas por los expertos que fueron analizadas subjetivamente, se decidió realizar un ajuste semántico a cinco de las preguntas que reportaron menor nivel acuerdo en los expertos y a su vez las más sometidas a juicios y observaciones. Las preguntas ajustadas fueron los ítems: 5, 6, 8, 9 y 12. Una vez ajustado el fraseo de las preguntas se enviaron nuevamente para evaluación del panel de expertos. Los cambios realizados fueron los siguientes:

¹⁵⁴ LANDIS, J.R. KOCH G.G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. En: Biometrics Vol.33, (1977): 159-174.

¹⁵⁵ CERDA, Jaime. Observación De La Concordancia Inter Observador En La Investigación Pediátrica: Coeficiente De Kappa. *Revista Chilena de Pediatría* 79 (1), (2008): 54-58.

Ítem 5: ¿La enfermera demostró preocupación por lo que le sucede a usted? Se modificó y quedó así: ¿La enfermera demostró interés por lo que le sucede a usted?

Ítem 6: ¿La enfermera la estimuló para que siga adelante? Fue modificada así: ¿La enfermera la animó para que se siga cuidando durante el embarazo?

Ítem 8: ¿la enfermera comprendió sus dolencias y preocupaciones? Fue modificada así: ¿La enfermera comprendió sus síntomas y preocupaciones?

Ítem 9: ¿La enfermera demostró que estaba preparada para hacer su trabajo? Fue modificada Así: ¿La enfermera demostró que estaba preparada para atenderla?

Ítem 12: ¿La enfermera estuvo al cuidado de usted durante el control prenatal? Fue modificada Así: ¿Se sintió cuidada por la enfermera durante el control prenatal?

Una vez realizados los ajustes, las preguntas modificadas fueron enviadas nuevamente a las expertas para conocer su opinión frente a los cambios; solo fue atendida por diez (10) de las once (11) expertas que conformaron el panel de expertos inicial. Una vez captadas las respuestas se procedió a realizar un nuevo cálculo del coeficiente Kappa que en efecto mejoró el valor pero sigue reflejando una fuerza de concordancia moderada (0.4604).

Tabla Nº 7. Calculo de Kappa de Fleiss con 10 Evaluadores

ITEM DE LA ESCALA	CONCORDANCIA ENTRE EVALUADORES			I
	ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	
1	9	1	0	0,8
2	6	4	0	0,4667
3	10	0	0	1
4	10	0	0	1
5	10	0	0	1
6	10	0	0	1
7	10	0	0	1
8	9	1	0	0,8
9	10	0	0	1
10	9	1	0	0,8
11	9	1	0	0,8
12	10	0	0	1
13	9	1	0	0,8
14	8	2	0	0,6444
15	8	2	0	0,6444
KAPPA			0,4604	

Una vez evaluada la fuerza del acuerdo entre los evaluadores de la Escala, se determinaron los valores del Índice de validez de Contenido de Lawshe modificado por Tristán en el 2007¹⁵⁶ para cada ítem utilizando la siguiente expresión: (el desarrollo matemático puede verse en el artículo)

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

Tabla N° 8. Calculo de Índice de Validez de Contenido de Lawshe

ITEM DE LA ESCALA	CONCORDANCIA ENTRE EVALUADORES			CVRi
	ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	
1	9	1	0	0.9
2	5	5	0	0.5
3	10	0	0	1
4	10	0	0	1
5	10	0	0	1
6	10	0	0	1
7	10	0	0	1
8	8	2	0	0.8
9	10	0	0	1
10	9	1	0	0.9
11	9	1	0	0.9
12	10	0	0	1
13	9	1	0	0.9
14	8	2	0	0.8
15	7	3	0	0.7
IVC GLOBAL			0.8933	

De acuerdo con Polit, se logra una alta validez de contenido cuando se consigue un Índice de Validez de Contenido Global (IVCG) de 0.80.¹⁵⁷ De esta manera la Escala

¹⁵⁶ TRISTAN, Agustín. Modificación Al Modelo de Lawshe Para El Dictamen De validez De Contenido De Un Instrumento objetivo. *En: Avances en medición*. 2008; 6(1), (2008): 37-48.

¹⁵⁷ POLIT, Denise. HUNGLER, Bernadette. *Investigación Científica En Ciencias De La Salud.*, Edited by Sexta Edición. México, 2000.

revela una alta validez de contenido con un Índice de Validez de Contenido Global de (0.893) y una validez por cada una de las dimensiones que supera los valores establecidos en la literatura. Puede observarse que solo el ítem quince (15) muestra un valor bajo para el análisis (0.7) y el ítem dos (2) no alcanza un valor aceptable de validez de contenido, siendo establecido en el modelo de Lawshe modificado por Tristán el valor mínimo como (0.5823)¹⁵⁸¹⁵⁹. A continuación se presenta el valor del índice para cada una de las dimensiones referidas por la autora de la escala, de acuerdo con los valores calculados para el (CVRi).

¹⁵⁸ TRISTAN, Agustín. Modificación Al Modelo de Lawshe Para El Dictamen De validez De Contenido De Un Instrumento objetivo. En: *Avances en medición*. 2008; 6(1), (2008): 37-48.

¹⁵⁹ DIAZ, Luz Patricia. MUÑOZ, Alba Idaly. DE VARGAS, Divane. Confiabilidad Y Validez Del Cuestionario De Espiritualidad De Parsian Y Dunnin En Versión Española. En: *Revista Latinoamericana de Enfermería* Vol. 20 N° 3, (2012).

Tabla N° 9 Índice de Validez de Contenido de Lawshe Por cada Concepto del Instrumento

CONCORDANCIA ENTRE EVALUADORES				
ITEM DE LA ESCALA	ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	CVRi
SANADOR COMPASIVO				
1	9	1	0	0.9
2	5	5	0	0.5
3	10	0	0	1
4	10	0	0	1
5	10	0	0	1
6	10	0	0	1
7	10	0	0	1
8	8	2	0	0.8
IVC			0.906	
SANADOR COMPETENTE				
9	10	0	0	1
10	9	1	0	0.9
11	9	1	0	0.9
12	10	0	0	1
13	9	1	0	0.9
14	8	2	0	0.8
15	7	3	0	0.7
IVC			0.885	

5.2 VALIDEZ FACIAL

También denominada “validez de presentación” o “validez de aspecto”, se refiere a la apreciación subjetiva de las personas sobre la comprensión de la escala. Permite saber si las personas entienden con claridad lo que se pregunta en cada ítem.^{160 161}

Para su realización, se calculó un tamaño de muestra con una confianza del 97% y un error del 5%. El tamaño muestral fue de 471 personas. Se abordó mujeres de los

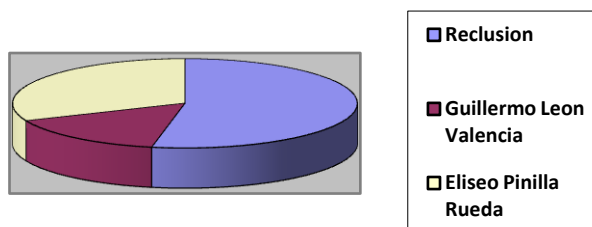
¹⁶⁰ TRISTAN, Agustín. *Estándares De Calidad Para Pruebas Objetivas*. En: Bogotá D.C, 2006.

¹⁶¹ *Ibíd.*

niveles de escolaridad más bajos y en diversidad de niveles sociales, culturales y económicos. De la misma manera fueron incluidas mujeres adolescentes, adultas y adultas mayores; garantizando que la Escala que es comprendida por población de estas características puede ser comprendida también por personas de nivel académicos más altos.

La muestra de esta fase de la investigación se recogió en tres lugares diferentes: En el establecimiento penitenciario y carcelario de Bogotá: Reclusión de Mujeres (250) mujeres reclusas, En la Institución Educativa Guillermo León Valencia (73) estudiantes de bachillerato residentes en Bogotá y (148) estudiantes de bachillerato del Colegio Eliseo Pinilla Rueda de Villanueva Santander. Esta descripción enmarca a las participantes un contexto sociocultural particular. Puede verse en la siguiente gráfica.

Gráfico N° 2. Distribución de Lugares para Toma de Muestra



Las edades de las participantes estuvieron en un rango entre 11 a 71 años con un promedio de 36.1 años y una moda de 15 años. El nivel de escolaridad de las mujeres participantes se muestra en la tabla que se presenta a continuación.

Tabla N° 10 Escolaridad de las Participantes de la Prueba de Validez Facial

ESCOLARIDAD	Nº DE PARTICIPANTES	%
PRIMARIA	384	81,53
SECUNDARIA	81	17,20
TECNICO	3	0,64
UNIVERSITARIO	1	0,21
POSTGRADO	2	0,42

Las participantes reflejan la poblacion de diversos lugares del país, siendo muy nutrida la informacion de su lugar de procedencia. Sin embargo un porcentaje significativo no informo el dato por condiciones de seguridad. En la tabla 11 puede observarse la diversidad de lugares de procedencia

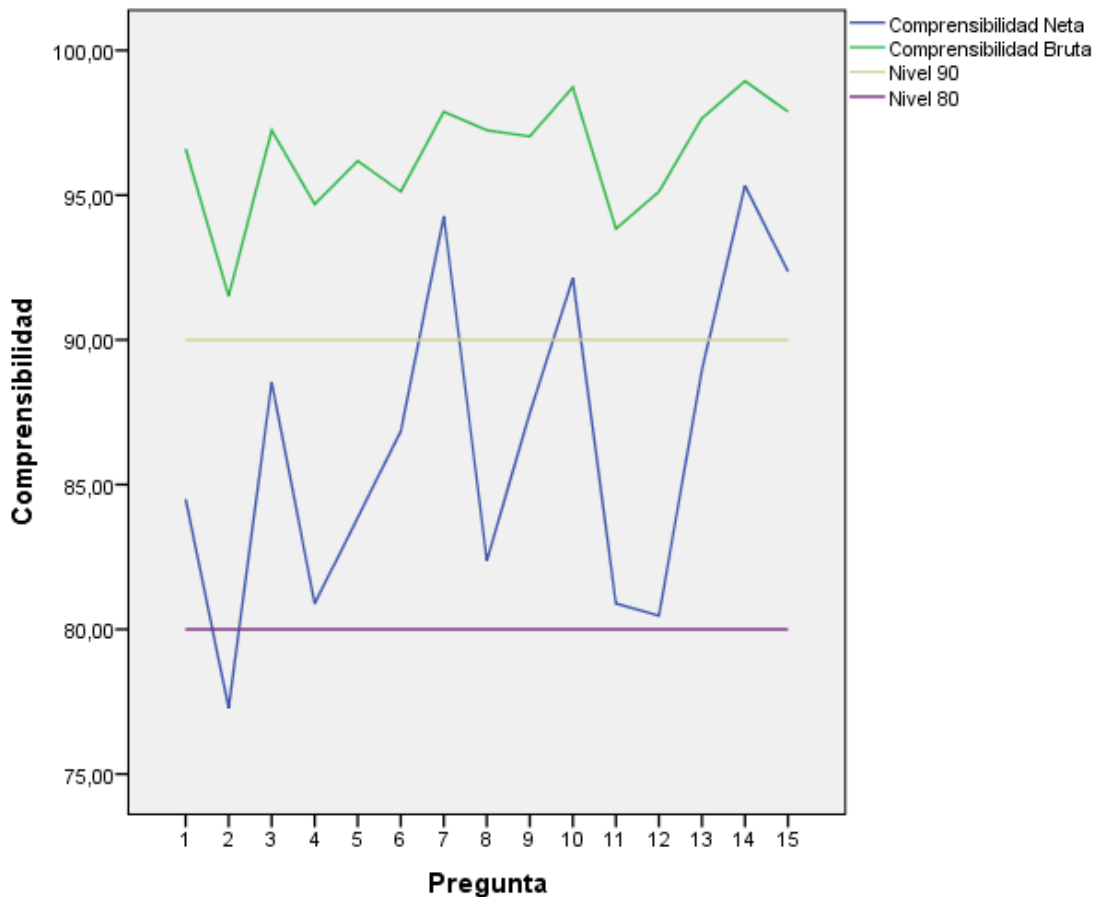
Tabla N° 11. Lugares de Procedencia de las Participantes

LUGARES DE PROCEDENCIA	Nº DE PARTICIPANTES	%
Arauca	1	0,212
Boyacá	7	1,486
Casanare	5	1,062
Costa Atlántica	15	3,185
Cundinamarca	198	42,038
Florencia	1	0,212
Santanderes	160	33,970
Tolima	11	2,335
Valles	16	3,397
Zona cafetera	11	2,335
Sin dato	46	9,766

Para el desarrollo de esta fase, se evaluó la comprensibilidad de cada uno de los ítems que componen la Escala observando la comprensibilidad bruta y neta que para las

participantes tenía cada uno de los ítems. La comprensibilidad Neta fue entendida como el porcentaje de participantes que respondían “La comprendo”, como opción de respuesta a la valoración de cada pregunta. Y la Comprensibilidad Bruta fue entendida con el porcentaje de participantes que “comprendían poco o completamente” el enunciado del ítem. En la siguiente grafica pueden observarse los resultados de la comprensibilidad expresados porcentualmente

Gráfico Nº 4. Comprensibilidad de la Escala de Cuidado Profesional Versión en Español. 2011



Como puede observarse la comprensibilidad Neta, muestra dificultades de comprensión del ítem N°2, presentando el menor nivel de comprensión por parte de las mujeres encuestadas. De otra parte se observa que los ítems 11 y 12 se encuentran por encima

del 80% de comprensibilidad, nivel establecido por el investigador como mínimo para concluir una adecuada comprensibilidad de la pregunta.

Sin embargo se encontró en las observaciones que realizaron las participantes y fueron sujetas de un análisis subjetivo que el ítem N°2 la palabra “Optimista”, se convierte en causa de incomprensión. Así como en los Ítems N° 11 y 12 las participantes referían no comprender la expresión “Control Prenatal”, con mayor frecuencia las participantes más jóvenes.

Así las cosas, fue necesario ajustar el fraseo de estos tres ítems mencionados de la siguiente manera:

Ítem N° 2: ¿La enfermera se mostró optimista con la evolución de su embarazo? Fue modificado así: ¿La Enfermera mostro una actitud positiva con usted y la evolución de su embarazo?

Ítem N°11: ¿La enfermera le realizó correctamente el control prenatal? Fue modificado así: ¿La enfermera le realizó correctamente el control de su embarazo?

Ítem N° 12: ¿La enfermera estuvo al cuidado de usted durante el control prenatal? Fue modificado así: ¿La enfermera estuvo al cuidado de usted durante el control de su embarazo?

Realizado el arreglo a las preguntas consideradas como con menor nivel de comprensibilidad, se calculó una nueva muestra de participantes para realizar una nueva valoración de la comprensión de los ítems ajustados. La nueva muestra se calculó esperando un nivel de comprensibilidad superior al 95%, con una confianza del 95% y un error del 8%. De esta manera se estableció como 105 el número de participantes necesarias.

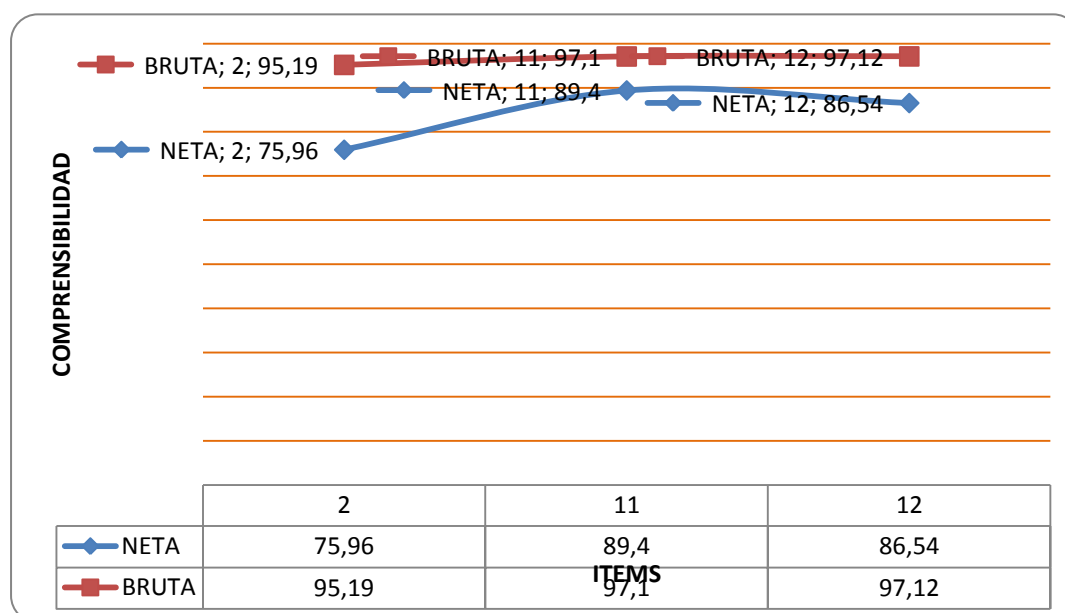
Para desarrollar esta nueva valoración, se tuvo preferencia por las mujeres más jóvenes, se abordaron en Bogotá D. C y Santander, los dos lugares reportados de mayor procedencia en la prueba que antecedió. Las participantes de esta fase estuvieron en un rango de edades entre 11 a 56 años con un promedio de 20.07 años, una moda de 13 años y una mediana de 18 años. El nivel de escolaridad de las mujeres participantes se muestra en la tabla que se presenta a continuación.

Tabla N° 12. Nivel de Escolaridad de Las Participantes

ESCOLARIDAD	Nº DE PARTICIPANTES	%
PRIMARIA	51	48,57
SECUNDARIA	47	44,76
TECNICO	7	6,7
UNIVERSITARIO	0	0,0
POSTGRADO	0	0,0

Los datos recolectados fueron analizados para obtener la comprensibilidad neta y bruta de los tres ítemes que se evaluaron, presentando el siguiente comportamiento:

Gráfico N°6: Comprensibilidad de Ítemes modificados



Puede verse en la gráfica anterior que luego de los ajustes semánticos, la comprensibilidad de la pregunta N°2 consigue ser mejorada levemente, observando que presenta una disminución de la comprensibilidad neta, pero aumenta la comprensibilidad bruta. Sin embargo no alcanza el nivel inferior establecido por el investigador para

determinar una adecuada validez facial, que se indicó como el 80%. Sin embargo, debe considerarse que el nivel de comprensibilidad bruta tiene un comportamiento semejante a los demás ítems que integran la escala, en tanto puede considerarse comprensible el ítem N° 2 de acuerdo con la apreciación de las mujeres que lo evaluaron. Las preguntas 11 y 12 si presentaron una notable mejoría de la comprensibilidad neta y bruta. En la gráfica que se presenta a continuación pueden verse los valores iniciales y finales de las mediciones realizadas a las preguntas que fueron modificadas después de la primera estimación de la comprensibilidad.

Tabla N° 13. Comparación de Niveles de Comprensibilidad

COMPRESIBILIDAD	2		11		12	
NETA	77,3	75,96	80,9	89,4	80,5	86,5
BRUTA	91,5	95,19	93,8	97,1	95,1	97,1

Los resultados finales de la comprensibilidad de cada uno de los ítems de la Escala se presentan a continuación:

Tabla N° 14. Comprensibilidad de los Ítems de la Escala

COMPRESIBILIDAD DE LA ESCALA		
ITEMS	NETA	BRUTA
1	84,5	96,6
2	75,96	95,19
3	88,5	97,2
4	80,9	94,7
5	83,9	96,2
6	86,8	95,1
7	94,3	97,9
8	82,4	97,2
9	87,5	97,2
10	92,1	98,7
11	89,4	97,1
12	86,54	97,12
13	89	97,7
14	95,3	98,9
15	92,4	97,9

5.3 VALIDEZ DE CONSTRUCTO Y CONFIABILIDAD

El concepto general en la Escala Original de la Dra. Kristen Swanson en Ingles es el Cuidado profesional, que está contenido en las dos sub escalas identificadas: Sanador compasivo y competente.¹⁶² Para la realización de la medición de la Validez de Constructo y la confiabilidad de la escala, se tuvo en cuenta la recomendación de encontrar un número que se encuentre dentro del rango recomendado, definido como de cinco (5) a veinte (20) participantes por el número de ítems del cuestionario validado.¹⁶³¹⁶⁴ Se seleccionó el punto intermedio (10) participantes por cada ítem de la escala. La Escala de Cuidado Profesional (SCP) tiene 15 ítems, en tanto el número de participantes que integró la muestra para esta etapa de la investigación fue 150 *mujeres gestantes*.

Se realizó inicialmente una aplicación de la escala con una opción de respuesta dicotómica de Si o No, de acuerdo con la adaptación transcultural y semántica realizada en el 2011 a la Escala de Cuidado Profesional¹⁶⁵. Se recogió una muestra de 151 mujeres gestantes. El número sobrepasó en una aplicación el estimado, por precaución del investigador. Se aplicó Análisis Factorial mediante extracción de componentes principales y los resultados reflejaban unos datos muy uniformes que no permitían identificar el constructo de la escala.

Al respecto se hizo la siguiente consideración: la escala original presenta una opción de respuesta tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta. La escala adaptada al español, sometió a valoración de las gestantes cual era la mejor opción para responder la escala, motivo por el cual, cambio la forma original de respuesta. Teniendo en cuenta que no se cumplirían los objetivos planteados en la presente investigación, el investigador realiza una segunda aplicación de la escala en una nueva muestra de 150

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Ibid.

¹⁶⁴ DUHACHEK A, y colaboradores. Results on The standard Error of the Coefficient Alpha Index of Reliability. En: *Marketing Science. Vol. 24(2), (2005): 294-301.*

¹⁶⁵ POSADA, María. Adaptación Transcultural De La Escala De Cuidado Profesional (CPS): Adecuación Semántica. En: Universidad Nacional de Colombia, 2011.

mujeres gestantes que acudían a su control prenatal en la misma localidad, empleando esta vez, una escala de respuesta de cuatro opciones: Siempre, la mayoría de las veces, algunas veces sí y algunas veces no, y nunca.

A continuación se presentan los resultados encontrados una vez analizados los datos con escala Si o No, y con opción de respuesta de cuatro opciones.

5.3.1 Análisis Factorial Para La Escala Con Respuesta Dicotómica Si O No:

Para aplicarlo es necesario verificar que se cumpla con unos criterios mínimos, entre ellos la muestra.¹⁶⁶ El tamaño recomendado por autores como Nunnally en 1978 y Thorndike en 1982 es de 10 sujetos por cada ítem,¹⁶⁷ criterio con el cual cumple el presente análisis. En segundo lugar los autores recomiendan la realización de una Análisis Factorial Exploratorio, por las bondades que puede ofrecer, a pesar de cómo en este caso, la intención del análisis sea confirmar la estructura de la escala que ya ha sido validada en otro idioma y en otra población.¹⁶⁸ En tanto se realizó un análisis con abordaje exploratorio. Al realizar el Análisis Factorial usando extracción de componentes principales, empleando el programa SPSS se pueden identificar dos factores que son los que reflejan valores iniciales superiores a uno (1)¹⁶⁹, que dan a entender que se trata de una escala *unidimensional*, pues un solo factor se encarga de explicar cerca del 81% del constructo subyacente, mientras el segundo factor explica el 6.9% de la varianza. Es necesario recordar que hallar varios factores en el análisis, no es necesariamente un hallazgo que indique pluridimensionalidad.¹⁷⁰ Puede verse en la tabla que se presenta a continuación:

¹⁶⁶ MORALES VALLEJO, Pedro. El Análisis Factorial En La Construcción E Interpretación De Tests, Escalas Y Cuestionarios (2013).

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ Ibid.

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ Ibid.

Tabla Nº 15. Varianza Total Explicada

Com	Auto valores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	12,199	81,329	81,329	12,199	81,329	81,329	10,049	66,993	66,993
2	1,046	6,974	88,302	1,046	6,974	88,302	3,196	21,309	88,302
3	,615	4,100	92,403						
4	,507	3,378	95,781						
5	,449	2,996	98,776						
6	,184	1,224	100,000						
7	7,78E-016	5,19E-015	100,000						
8	7,37E-017	4,91E-016	100,000						
9	3,23E-017	2,15E-016	100,000						
10	9,47E-019	6,31E-018	100,000						
11	5,35E-034	3,57E-033	100,000						
12	-8,81E-033	-5,87E-032	100,000						
13	-3,15E-018	-2,10E-017	100,000						
14	-3,92E-017	-2,61E-016	100,000						
15	-4,50E-016	-3,00E-015	100,000						

Se empleó una rotación varimax, para el análisis de los datos por ser la más clara, concreta y generalizable,¹⁷¹ permitiendo ver la siguiente agrupación de factores.

¹⁷¹ Ibid.

Tabla N° 16. Matriz de Componentes Rotados Escala Dicotómica

ITEM	Componente	
	1	2
1. La hizo sentir bien?	,929	,363
2. Mostró una actitud positiva con Ud. y su embarazo?	,501	,676
3. La escuchó con atención?	,929	,363
4. Le permitió expresar sus sentimientos?	,356	,675
5. Demostró interés por lo que le sucede a usted?	,929	,363
6. La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?	,929	,363
7. Fue respetuosa con usted?	,929	,363
8. Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	,929	,363
9. Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	,712	,206
10. Le brindó ayuda y colaboración?	,167	,939
11. Le realizó correctamente el control de su embarazo?	,929	,363
12. Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	,929	,363
13. Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	,712	,206
14. Fue amable con usted?	,929	,363
15. La trato como persona?	,929	,363

Se observa como un factor presenta saturaciones superiores a 0.7¹⁷² en 12 de los ítemes mientras el otro solo agrupa tres de ellos. Al realizar el contraste de la agrupación estadística con los conceptos teóricos, no se encuentra una adecuada asociación. Pero debe considerarse que se realizó un análisis de datos con escala de respuesta dicotómica cuya matriz de datos no reúne los criterios de adecuación muestral referidos: prueba de esfericidad de Bartlett y prueba de Kaiser – Meyer – Okin;¹⁷³ en tanto el programa SPSS considera que la matriz no es positiva.

Teniendo en cuenta lo anterior, se atendió la recomendación de emplear un análisis realizando una codificación de los ítemes con respuestas dicotómicas empleando direccionalidad para proporcionar variabilidad a los datos. De esta manera la codificación de los ítemes no debe hacerse en términos de “presencia-ausencia”, sino del crecimiento de la variable de “mayor presencia” a “menor presencia” del rasgo medido lo que puede representarse en un eje cartesiano.¹⁷⁴ De acuerdo con los autores de este artículo referido “La dirección del ítem (también llamada polaridad) se establece generalmente

¹⁷² Ibid.

¹⁷³ Ibid.

¹⁷⁴ CESPEDES, Viviana. TRISTAN, Agustín. Influencia De La Direccionalidad De Los Ítemes En La Medición En Enfermería. Bogotá, D.C: Sin publicar.

haciendo una convención de “presencia” o “ausencia” del rasgo medido, como en el caso de los ítems dicótomos que se codifican en dos categorías (1-0 respectivamente)¹⁷⁵. Una vez realizado el ajuste a la matriz de datos codificándolos de esta manera, se realizó un nuevo Análisis Factorial del cual no se muestra la matriz de componentes rotados, ni el análisis de la Varianza Total explicada, pues es réplica del primer intento de Análisis Factorial sin aplicación de direccionalidad.

Ante este nuevo panorama, el investigador realizó una nueva recolección de muestra, para la cual se dispuso de una nueva escala con opción de respuesta tipo Likert de cuatro posibilidades, similar a la escala de respuesta original.

5.3.2 Análisis Factorial Para La Escala Con Respuesta Likert De Cuatro Opciones:

En primer lugar se emplearon las pruebas de adecuación muestral de la matriz de datos, con lo que se determinó la si es factible emplear el análisis factorial. Para ello se aplicaron dos pruebas: Kaiser Meyer Okin (medida de la adecuación muestral) y Bartlett (Prueba de esfericidad)

Tabla Nº 20. KMO y Prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,847
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1378,337
	Gl	105
	Sig.	,000

¹⁷⁵ Ibid.

En este caso (KOM) indica que las variables miden factores comunes, dado que el índice es superior a 0.847.¹⁷⁶ La prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un P valor de 0.000 por tanto permite continuar con el análisis factorial.¹⁷⁷

Una vez la matriz de datos presenta unas pruebas adecuadas de adecuación para el análisis factorial, se procedió a aplicar el modelo de Análisis Factorial con extracción de componentes principales, se aplicó rotación de factores con el método Varimax, por las bondades en la claridad y generalización de los resultados.¹⁷⁸

Tabla Nº 22. Varianza Total Explicada

Componente	Auto valores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,885	45,898	45,898	6,885	45,898	45,898	4,599	30,658	30,658
2	1,616	10,772	56,669	1,616	10,772	56,669	3,902	26,012	56,669
3	1,275	8,498	65,167						
4	1,028	6,855	72,022						
5	,829	5,526	77,548						
6	,728	4,852	82,400						
7	,445	2,968	85,368						
8	,422	2,815	88,183						
9	,387	2,578	90,761						
10	,354	2,361	93,121						
11	,322	2,148	95,270						
12	,243	1,622	96,892						
13	,173	1,150	98,042						
14	,154	1,025	99,067						
15	,140	,933	100,000						

Como puede verse en la tabla anterior, se encuentran cuatro factores con auto valores superiores a 1, pero la gráfica de sedimentación, permite ver el punto de inflexión en dos factores,¹⁷⁹

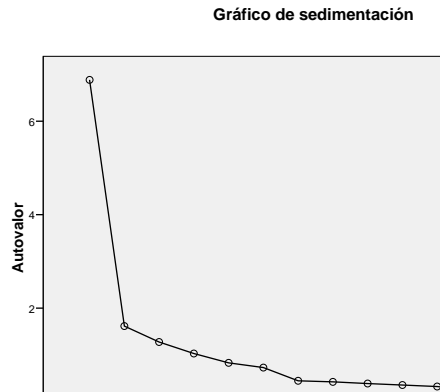
¹⁷⁶ Ibid.

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ Ibid.

¹⁷⁹ Ibid.

Gráfico N° 8. Gráfico de sedimentación



Con lo anterior, se puede explicar cerca del 56% del constructo subyacente. La varianza total, reconoce dos conceptos en su estructura como puede verse a continuación:

Tabla N° 23. Matriz de Componentes Rotados(a)

ITEM	Componente	
	1	2
1. La hizo sentir bien?	,499	,651
2. Mostró una actitud positiva con Ud. y su embarazo?	,426	,739
3. La escuchó con atención?	-,035	,659
4. Le permitió expresar sus sentimientos?	,065	,769
5. Demostró interés por lo que le sucede a usted?	,491	,581
6. La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?	,833	,136
7. Fue respetuosa con usted?	,807	,058
8. Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	,457	,690
9. Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	,205	,607
10. Le brindó ayuda y colaboración?	,571	,467
11. Le realizó correctamente el control de su embarazo?	,434	,293
12. Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	,639	,484
13. Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	,632	,339
14. Fue amable con usted?	,886	,047
15. La trató como persona?	,467	,217

Se observa una asociación de siete ítems en un factor y otro compuesto de los ocho restantes. Para esta aplicación de la Escala de cuidado Profesional con respuesta de

cuatro opciones, puede verse que en el constructo yacen dos conceptos o sub constructos, que son: Sanador Compasivo y Sanador competente.

5.3.3 Confiabilidad De La Escala Dicotómica:

Se aplicó la prueba de Alfa de Cronbach para establecer la consistencia interna. Esta medida asume que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988)¹⁸⁰. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.¹⁸¹

Consistencia Interna de la Escala Dicotómica

Alfa de Cronbach	N de elementos
,967	15

En este caso el coeficiente indica una excelente consistencia interna,¹⁸²

5.3.4 Confiabilidad De La Escala Tipo Likert Con Cuatro Opciones De Respuesta:

Se hallan los siguientes resultados de la escala completa y de cada uno de los factores de manera independiente:

Alfa de Cronbach	N de elementos
,907	15

¹⁸⁰ CERVANTES, Víctor H. Interpretaciones Del Coeficiente Alpha De Cronbach. *En: Avances en Medición Vol 3*, (2005): 9-28.

¹⁸¹ Ibid.

¹⁸² Ibid.

Consistencia Interna de Factor N°1: Sanador Compasivo

Alfa de Cronbach	N de elementos
,852	8

Consistencia Interna de Factor N°2: Sanador Competente

Alfa de Cronbach	N de elementos
,859	7

A continuación se presenta un gráfico que resume el análisis del constructo y la confiabilidad de la escala.

Gráfico N°9. Análisis del Constructo y Confiabilidad de la Escala

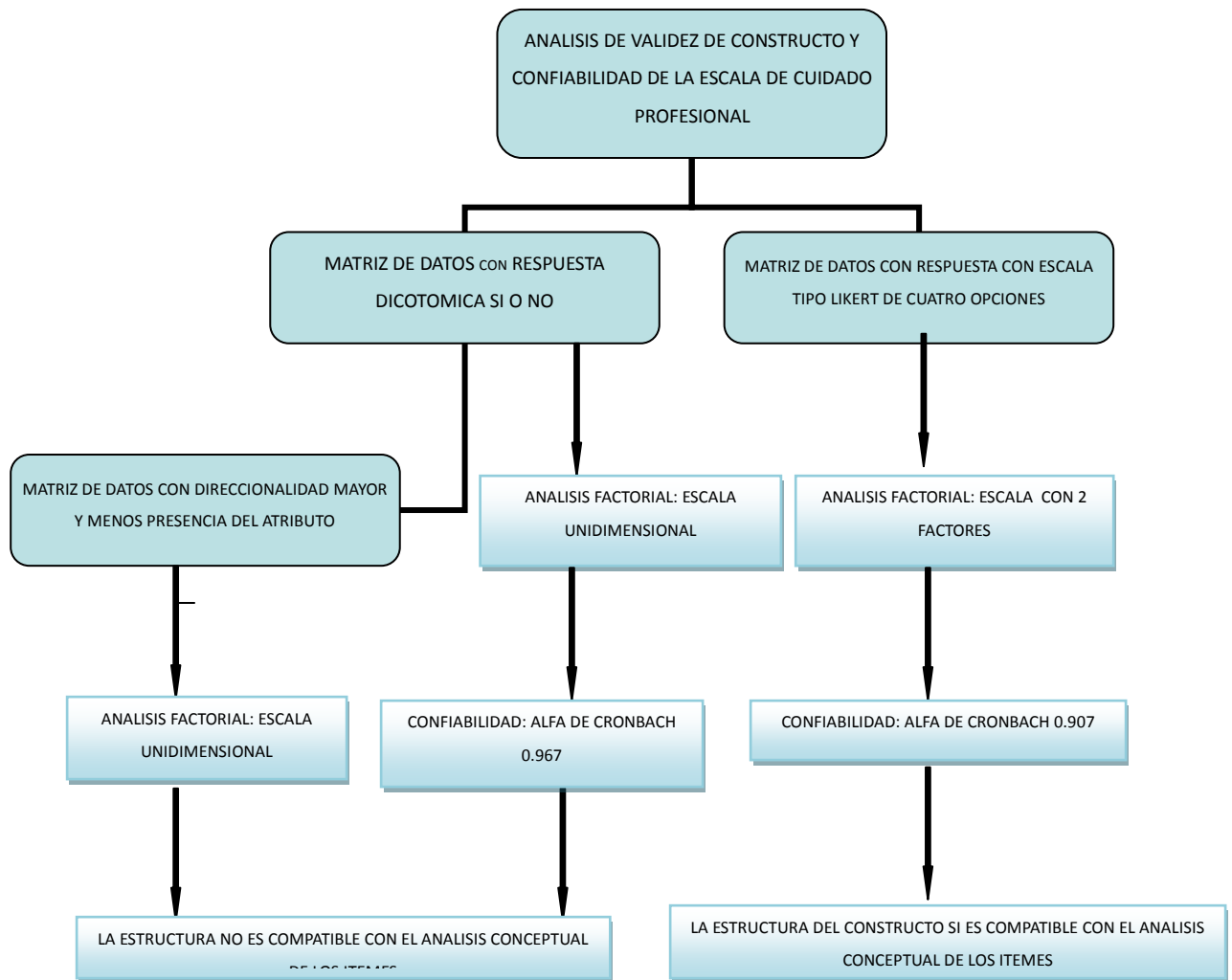


Tabla N° 24. ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL CON PRUEBAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL (CPS) DE LA DRA KRISTEN SWANSON VERSION 2013. ALFA DE CRONBACH: 0,907					
SANADOR COMPASIVO ALFA DE CRONBACH: 0.852					
ITEM	CARGA FACTORIAL	NUNCA	ALGUNAS VECES SI ALGUNAS NO	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
1. La hizo sentir bien?	,651	1	2	3	4
2. Mostró una actitud positiva con Ud. y su embarazo?	,739	1	2	3	4
3. La escuchó con atención?	,659	1	2	3	4
4. Le permitió expresar sus sentimientos?	,769	1	2	3	4
5. Demostró interés por lo que le sucede a usted?	,581	1	2	3	4
8. Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	,690	1	2	3	4
9. Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	,607	1	2	3	4
SANADOR COMPETENTE. ALFA DE CRONBACH: 0,859					
6. La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?	,833	1	2	3	4
7. Fue respetuosa con usted?	,807	1	2	3	4
10. Le brindó ayuda y colaboración?	,571	1	2	3	4
11. Le realizó correctamente el control de su embarazo?	,434	1	2	3	4
12. Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	,639	1	2	3	4
13. Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	,632	1	2	3	4
14. Fue amable con usted?	,886	1	2	3	4
15. La trato como persona?	,467	1	2	3	4

INTERPRETACION

A continuación se presenta un modelo de instructivo para la evaluación del cuidado profesional una vez es empleada la escala:

De 15 puntos: El cuidado Profesional será considerado *Deficiente*

De 16 a 30 puntos: El cuidado Profesional será considerado *Regular*

De 31 a 45 puntos: El cuidado Profesional será considerado *Bueno*

De 46 a 60 puntos: El cuidado Profesional será considerado *Excelente*

Considerando que la Escala original fue concebida para evaluar cualquier relación de cuidado profesional entre una paciente, enfermera, partera o médico;¹⁸³ y que previo al diseño de la Escala, la autora reconoce las definiciones de relación de cuidado que para 1991 enunció Halldorsdottir, quien entrevistó a nueve pacientes y nueve estudiantes acerca de los modos posibles de estar con otra persona. Él propuso un marco creativo que consiste de cinco posibles formas de definir la relación enfermera-paciente. Para el instructivo adoptamos los conceptos planteamos uniendo los dos primeros en la etiqueta "Malo".

Tipo 1 y 2 o Cuidado Profesional Deficiente: Se definen como la destrucción de la vida. Conducen a la ira, la desesperación y la alienación, a los efectos últimos de disminuir la curación y el bienestar, dejando a los participantes vulnerables y frecuentemente con malos recuerdos. El trato a los pacientes es con frialdad, como una "molestia" lo que lleva a creer que el profesional no ofrece una atención y no comprende al paciente y su situación.

Tipo 3 o Cuidado Profesional Regular: se definen como "neutral"; es básicamente apática o individual, no es de persona a persona, la vida o los niveles de energía ni mejoran ni son disminuidos.

Tipo 4 o Cuidado Profesional Bueno: Esta es la relación profesional-paciente, caracterizada como benevolente, amable y preocupada. El resultado de este encuentro es que los niveles de energía son sostenidos o aumentados.

Tipo 5 o Cuidado Profesional Excelente: implican estar completamente presente, con la curación de amor que fluye. La personalidad se reconoce mutuamente, la atención se negocia, y la intimidad profesional se produce. Esta relación favorece la libertad espiritual¹⁸⁴

¹⁸³ WATSON, Jean. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. En: Springer Publishing Company, (2002).

¹⁸⁴ SWANSON, Kristen. *What Is Known About Caring in Nursing Science*. En: *Handbook of Clinical Nursing Research*, 32-56. London, 1999.

6.DISCUSION

En las pruebas métricas aplicadas en la presente investigación, se modificaron siete (7) de los quince (15) ítems que integran la escala de Cuidado Profesional, lo que representa una modificación del 46.6% de la misma.

Estas consideraciones llevan a pensar que si bien la escala con propiedades métricas que se presenta en los resultados de la presente investigación, es una escala de cuidado profesional que se soporta en la teoría de mediano rango del *cuidado para el bienestar del otro* y que tiene los conceptos fundamentales de la escala de cuidado profesional de la Dra. Kristen Swanson, no puede considerarse meramente como una adaptación de la versión en inglés; si no como una escala derivada de la escala de autoría de la Dra. Swanson, que mide cuidado profesional en la atención a la mujer gestante en el contexto cultural Colombiano.

En la siguiente tabla podemos observar como es la agrupación de los ítems propuesta por la autora como resultado de su trabajo de aplicación de propiedades métricas a la escala, que tiene como opción de respuesta una escala Likert de cinco posibilidades.

Es importante observar la comparación de los ítems que integran cada una de las escalas, en las versiones en español y la versión original respectivamente. Donde puede observarse amplias diferencias. Si se repara en la versión original en Inglés, la escala es un inventario de comportamientos y o actividades, mientras que la versión en Español, organiza la idea principal de cada ítem y la transforma en una pregunta que sea comprensible en el contexto cultural Colombiano, y que evalúa concretamente las actividades de atención a la *mujer gestante*

Tabla N 25. Escala de cuidado Profesional. Versión Original

SANADOR COMPASIVO.	
INGLES.	ADAPTACION ESPAÑOL.
Comforting	1. ¿El profesional lo hizo sentir bien?
Understanding	8. ¿ El profesional comprendió sus síntomas y preocupaciones
Personal	15. ¿El profesional la trato como persona?
Caring	14¿El profesional fue amable con usted?
Supportive	10. ¿El profesional le brindó ayuda y colaboración?
Aware of your feelings	4. ¿El profesional le permitió expresar sus sentimientos?
Visibly touched by your experience	5. ¿El profesional demostró preocupación por lo que le sucede a usted?
Able to offer you hope	6. ¿El profesional la estimuló para que siga adelante?
SANADOR COMPETENTE.	
INGLES.	ESPAÑOL.
Positive	2. ¿El profesional mostro una actitud positiva con usted y con la evolución del embarazo?
Informative	13. ¿El profesional le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?
Clinically competent	9. ¿El profesional demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?
An attentive listener	3. ¿El profesional lo escuchó con atención?
Centered on you	12. ¿Se sintió cuidado por el profesional?
Technically skilled	11. ¿El profesional le realizó correctamente los procedimientos?
Respectful of you	7. ¿El profesional fue respetuosa con usted?

Debe contemplarse que en primer lugar la sub escala: Sanador Compasivo en la escala versión original presenta 8 ítemes y la sub escala; Sanador competente presenta 7; situación contraria en la versión 2013 en Español. En segundo lugar, las coincidencias de los ítemes son de 4 ítemes en cada sub escala. Sin embargo a pesar de estas diferencias estadísticas, al realizar un análisis teórico de cada ítem y su ubicación dentro de cada concepto: compasivo o competente, solo se cuestiona el lugar en el que se ubica el ítem 9; el cual tiene un contenido teórico que apunta a agruparse con los ítemes de la sub escala Sanador competente, pero estadísticamente se ubica en la sub escala sanador Compasivo, mostrando una carga factorial que supera el 0,6.

De esta situación observada con este ítem puede pensarse teniendo en cuenta la experiencia del investigador en la aplicación de la escala, que la influencia cultural afecta

la interpretación de la pregunta, pues para algunas mujeres, el hecho de “*Estar Preparada*”, puede referirse a la disponibilidad de elementos, insumos, estado de ánimo o disposición de tiempo en la agenda del profesional y no a la competencia clínica que posee para realizar su cuidado de Enfermería. Con lo anterior debe comprenderse que el idioma español es muy rico en interpretaciones de las palabras, y recordarse que la adaptación transcultural por la que ya paso esta escala fue un proceso riguroso¹⁸⁵.

Este puede ser el caso también que afecta la ubicación del ítem 10, que en el contexto cultural de la aplicación de la escala, el “*Brindar ayuda y colaboración*”, puede interpretarse como la provisión de elementos, alimentos, medicamentos u otros y no como la mera disposición a facilitar su bienestar durante la atención ofrecida.

A pesar de estas incoherencias estadísticas encontradas, se considera que la escala Versión en Español, que cuenta con validez facial, validez de contenido, de constructo y pruebas de confiabilidad, mide de manera consistente el constructo Cuidado Profesional y que reconoce que este constructo está integrado por dos factores o conceptos.

¹⁸⁵ POSADA, María. Adaptación Transcultural De La Escala De Cuidado Profesional (CPS): Adecuación Semántica.

En: Universidad Nacional de Colombia, 2011.

**Tabla N 26. Comparación de las Versiones de la Escala de cuidado Profesional.
Versión Original y Versión en Español**

SANADOR COMPASIVO.	
INGLES. ALFA DE CRONBACH: 0.97	ESPAÑOL. ALFA DE CRONBACH: 0.852
1. ¿El profesional lo hizo sentir bien?	1. La hizo sentir bien?
8. ¿ El profesional comprendió sus síntomas y preocupaciones	2. Mostró una actitud positiva con Ud. y su embarazo?
15. ¿El profesional la trato como persona?	3. La escuchó con atención?
14¿El profesional fue amable con usted?	4. Le permitió expresar sus sentimientos?
10. ¿El profesional le brindó ayuda y colaboración?	5. Demostró interés por lo que le sucede a usted?
4. ¿El profesional le permitió expresar sus sentimientos?	8. El profesional comprendió sus síntomas y preocupaciones?
5. ¿El profesional demostró preocupación por lo que le sucede a usted?	9. El profesional demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?
6. ¿El profesional la estimuló para que siga adelante?	
SANADOR COMPETENTE.	
INGLES. ALFA DE CRONBACH: 0.92	ESPAÑOL. ALFA DE CRONBACH: 0.859
2. ¿El profesional mostro una actitud positiva con usted y con la evolución del embarazo?	6. La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?
13. ¿El profesional le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	7. Fue respetuosa con usted?
9. ¿El profesional demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	10. Le brindó ayuda y colaboración?
3. ¿El profesional lo escuchó con atención?	11. Le realizó correctamente el control de su embarazo?
12. ¿Se sintió cuidado por el profesional?	12. Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?
11. ¿El profesional le realizó correctamente los procedimientos?	13. Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?
7. ¿El profesional fue respetuosa con usted?	14. Fue amable con usted?
	15. ¿El profesional la trato como persona?

Como se ha dicho antes, la Versión en Español, que se desprende de la adaptación semántica y transcultural, presentó algunas modificaciones en cada una de las pruebas

aplicadas, para mejorar su comprensión. Se modificaron palabras en las pruebas de validez de Contenido y la validez Facial y para la Validación de Constructo y confiabilidad se modificó la escala de medición, que se presentaba como una opción de respuesta dicotómica, y debió modificarse por una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta.

En los resultados presentados se observa que la respuesta en escala de Si o No, para la población a la cual se aplicó la escala y la relación de cuidado que surgía de las madres gestantes y las Enfermeras que las atendían, no permitía una variabilidad de los datos. Puede llegar a pensarse que esta forma de respuesta no permite valorar de manera escalonada el comportamiento del profesional y por tanto no se obtiene la riqueza de información que permite la escala de manera original. De la misma manera se puede ver en la presentación de los resultados que se agotaron los recursos de análisis de los cuales se conoce, son recomendados por la literatura para realizar el análisis del constructo¹⁸⁶¹⁸⁷, sin conseguir una agrupación de ítems coherente, a la luz de la teoría que soporta la escala.

Fueron estos los motivos que respaldan un cambio en la escala de respuesta que se acerca a la escala original, pese a la recomendación planteada en la adaptación semántica y transcultural¹⁸⁸ realizada previamente.

Se recaba en la importancia de los hallazgos de la escala en cuanto a consistencia interna se refiere, el cual muestra un valor de 0,907 que es muy semejante al valor de consistencia interna que reporta la Dra. Swanson para la escala en versión original.

¹⁸⁶ MORALES VALLEJO, Pedro. El Análisis Factorial En La Construcción E Interpretación De Tests, Escalas Y Cuestionarios (2013).

¹⁸⁷ RICHAUD, María Cristina. Desarrollos Del Análisis Factorial Para El Estudio De Items Dicotómicos Y Ordinales. En: Interdisciplinaria Vol. 22(2), (2005): 237-251.

¹⁸⁸ POSADA, María. Adaptación Transcultural De La Escala De Cuidado Profesional (CPS): Adecuación Semántica. En: Universidad Nacional de Colombia, 2011.

7.CONCLUSIONES

La Escala de Cuidado Profesional derivada de la Escala de la Dra. Kristen Swanson, Versión en Español 2013, es una escala con propiedades métricas, que la proveen de las cualidades necesarias para ser empleada en futuras investigaciones.

Es un instrumento que ha sido sometido mediante la realización de una rigurosa investigación a las pruebas de validez y confiabilidad que requiere para validar sus mediciones en el habla Hispana y el contexto cultural Colombiano.

La validez facial, fue realizada con una muestra heterogénea de mujeres de diversos lugares del país, con un nivel académico predominante bajo, quienes evaluaron la comprensibilidad de cada uno de los ítemes de la escalas, los cuales son altamente comprensibles; la comprensibilidad bruta de todos los ítemes superó el 94%.

La validez de Contenido de esta escala fue realizada por un nutrido panel de Enfermeras Expertas, con amplia experiencia y formación académica, quienes dieron su concepto y valoraron la importancia de cada uno de los ítemes que integra la escala. La Escala reveló una alta validez de contenido con un Índice de Validez de Contenido Global de (0.893).

La escala de cuidado profesional mostró una consistencia interna excelente, siendo el alfa de Cronbach de 0,907.

Se presenta a la comunidad científica una escala con un constructo que reconoce en su estructura teórica dos factores: Sanador compasivo y Sanador Competente, altamente comprensible, con gran validez de contenido de acuerdo al criterio de expertos y con un alto nivel de confiabilidad.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En la realización de la presente investigación, se encontró como una limitación la poca injerencia que tienen las Enfermeras en el sitio autorizado para realizar la aplicación de la escala, en el control prenatal de las madres gestantes. Sin embargo se realizó la medición de la relación de cuidado que se establece, pese a no ser la esperada por el investigador, de acuerdo con la normatividad vigente en el país.

Esta limitación no permite hacer una valoración del cuidado profesional que se ofrece con una continuidad en el tiempo, pues la variación del programa no favorece un seguimiento periódico a las madres gestantes, por parte de Enfermería.

9.RECOMENDACIONES

Se recomienda la aplicación de la Escala en los diversos campos de desempeño de Enfermería, especialmente en el área materno perinatal, así como también en la etapa de formación académica, o como herramienta para la evaluación de personal.

BIBLIOGRAFIA

ABAD, Francisco. GARRIDO, Jesús. OLEA, Julio. PONSODA, Vicente. *Introducción a La Psicometría. Teoría Clásica De Los Test Y Teoría De La Respuesta Al Ítem.*, Editado por: Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, 2006.

AGUILAR, Yuri. CARDENAS, Gelen. GALEANO, Angélica. "Embarazo En La Población Adolescente En Situación De Desplazamiento: Estado Del Arte." En: Universidad Nacional de Colombia, 2010.

AHMAD, Muayyad M. JAFAR A. Alasad. Predictors of Patients' Experiences of Nursing Care in Medical-Surgical Wards En: *International Journal of Nursing Practice* Vol.10, no. 5 (2004): 235-241.

AKIN, Semi. SEMRA, Erdogan. The Turkish Version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale Used on Medical and Surgical Patients. En: *Journal Of Clinical Nursing* Vol.16, no. 4 (2007): 646-653.

ANDERSHED, Birgitta. KRISTINA Olsson. Review of Research Related to Kristen Swanson's Middle-Range Theory of Caring. En: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol.23, no. 3 (2009): 598-610.

ARCOS, Diana. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento Calidad De Vida, Versión Familiar En Español. En: Universidad Nacional de Colombia, 2010.

ARIAS, Jakeline y colaboradores. Calidad Del Control Prenatal Realizado Por Profesionales De Enfermería En Una IPS Publica, Manizales, 2007. En: *Hacia la promoción de la salud* Vol. 13, (2008): 131-142.

ARIZA, Claudia. Situaciones Que Requieren Cuidado De Enfermería En El Paciente En Postoperatorio Temprano De Una Revascularización Miocárdica. En: *Avances en Enfermería* Vol. XXVIII (1) (2010).

- BARROS, Axelson y colaboradores. Equity in Maternal, Newborn, and Child Health Interventions in Countdown to 2015: A Retrospective Review of Survey Data from 54 Countries. En: *Lancet* Vol.379, no. 9822 (2012): 1225-33.
- BASSO, Joeli. MONTICELLI, Marisa. Expectativas De La Mujer Gestante Y Sus Compañeros Sobre La Atención Humanizada En El Nacimiento. En: *Revista Latinoamericana de Enfermería*. Vol. 18(3), (2010): 390-7.
- BAUTISTA, Luz Marina. Percepción Del Cuidado De Enfermería En La Ese Francisco De Paula Santander. En: *Aquichan* Vol 8 nº 1, (2008): 74-84.
- BECERRA, Diego. NEGRETE, Luis. VILLACIS, Carlos. Adherencia Al Control Prenatal En La Clínica De Gestantes Adolescentes Del Hospital De Engativa En Bogotá. En: Universidad Nacional de Colombia, 2012.
- BLANCHETTE, Howard. Comparison of Obstetric Outcome of a Primary-Care Access Clinic Staffed by Certified Nurse-Midwives and a Private Practice Group of Obstetricians in the Same Community. En: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* Vol.172, no. 6 (1995): 1864-1871.
- BLANCO, Neligia. ALVARADO, María E. Escala De Actitud Hacia El Proceso De Investigación Científico Social. En: *Revista de Ciencias Sociales [online]*. 2005, vol.11, n.3 no. ISSN 1315-9518 (2005): 537-546.
- BOGOTÁ, Alcaldía Mayor de. Encuesta De Demografía Y Salud 2011. En: *Boletín Estadístico* 2012, 1-158.
- BOGOTÁ, Secretaria Distrital de Salud de. *Boletín Estadístico*. Bogotá. D.C, 2007.
- BOTERO, Johana. SARMIENTO, Paula. Validez De Constructo De La Escala De Medición Del Proceso De Afrontamiento Y Adaptación De Roy. Versión En Español. En: Universidad de la Sabana, 2011.

- BUCHER, Linda, y colaboradores. First-Time Mothers' Perceptions of Prenatal Care Services. En: *Applied Nursing Research* Vol. 10, no. 2 (1997): 64-71.
- CACERES, Flor de María. "Control Prenatal: Una Reflexión Urgente." En: *Revista Colombia de Obstetricia y Ginecología* Vol. 60 nº 2, (2009): 165-170.
- CELIS, Alejandro. En: *Revista de Psicología de la universidad de Chile* VIII Nº 1, (1999).
- CERDA, Jaime. Observación De La Concordancia Inter Observador En La Investigación Pediátrica: Coeficiente De Kappa. *Revista Chilena de Pediatría* 79 (1), (2008): 54-58.
- CERVANTES, Víctor H. Interpretaciones Del Coeficiente Alpha De Cronbach. En: *Avances en Medición* Vol 3, (2005): 9-28.
- CESPEDES, Viviana. TRISTAN, Agustín. Influencia De La Direccionalidad De Los Ítemes En La Medición En Enfermería. Bogotá, D.C: Sin publicar.
- CHAPARRO, Lorena. Un Análisis De La Producción Investigativa De La Enfermería Colombiana: Desde La Socialización En Dos Eventos Nacionales. En: *Kaana-úai. Revista de la Asociación de ex alumnos de la Universidad Nacional de Colombia*. Año Vol.3. No.2. (2008): 9-16.
- CHENEY, Beth. CHEROMCHA, Kate. Prenatal Care at Windham Hospital: A Culturally Sensitive Approach to Reducing Health-Care Disparities and Improving Patient Outcomes. En: *Connecticut Medicine* 75, no. 6 (2011): 355-359.
- COLOMBIA, Corte Constitucional de. Sentencia T-213. 2011.
- COLOMBIA, Gobierno nacional. Resolución 0412 De Febrero 25 De 2000. 2000.
- COLOMBIA, Ministerio de protección social de. Guía Para La Detección Temprana De Alteraciones En El Embarazo. 2007.

COLOMBIA, Ministerio de protección social de. Norma Técnica Para La Atención Del Parto. 2007.

COLOMBIA, Ministerio de Protección Social. Norma Técnica para La Detección Temprana De Alteraciones En El Embarazo. 2000.

COLOMBIA, Presidencia de la Republica de. Decreto 1101 De 2001. Bogotá, Colombia, 2001.

COLOMBIA. Ministerio de salud. Norma técnica para la atención del parto [en línea]. Bogotá: El Ministerio. Disponible en Internet:

COSTA, Isabel. Driessnack, Martha. Revisión De Diseños De Investigación Resaltantes Para Enfermería. Parte I: Diseños De Investigación Cuantitativa. En: *Revista Latinoamericana de Enfermería* N° 15 (3), (2007).

DA CONCEIÇÃO COSTA RIVEMALES, María, ROSENDO DO NASCIMENTO, Enilda. SANTOS PAIVA, Mirian. Cuidado De Enfermagem Na Percepção De Usuárias De Um Serviço Público De Saúde Em Salvador (Ba). (Portuguese). En: *NURSING CARE AS PERCEIVED BY PATRONS OF A PUBLIC HEALTH SERVICE IN SALVADOR (BA)*. (English) 22/23, no. 1-3 (2008): 67-77.

DIAZ, Luz Patricia. MUÑOZ, Alba Idaly. DE VARGAS, Divane. Confiabilidad Y Validez Del Cuestionario De Espiritualidad De Parsian Y Dunnin En Versión Española. En: *Revista Latinoamericana de Enfermería* Vol. 20 N° 3, (2012).

DIJKSTRA, Buist, y colaboradores. Construct Validity of the Nursing Care Dependency Scale. En: *Journal Of Clinical Nursing* Vol. 8, no. 4 (1999): 380-388.

DONALSON, S. CROWLEY, D. En: *Nursing Outlook* Vol.26 (2) (1978): 113-120.

DONMEZ, Yelda Candan. OZBAYIR, Turkan. Validity and Reliability of the 'Good Perioperative Nursing Care Scale' for Turkish Patients and Nurses. En: *Journal Of Clinical Nursing* Vol.20, no. 1-2 (2011): 166-174.

- DRAGONAS, Thalia. CHRISTODOULOU, George N. Prenatal Care. En: *Clinical Psychology Review* Vol. 18, no. 2 (1998): 127-142.
- DUHACHEK A, y colaboradores. Results on The standard Error of the Coefficient Alpha Index of Reliability. En: *Marketing Science*. Vol. 24(2), (2005): 294-301.
- ERCI, Ivanov. The Relationship between Women's Satisfaction with Prenatal Care Service and the Characteristics of the Pregnant Women and the Service. En: *The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal Of The European Society Of Contraception* Vol.9, no. 1 (2004): 16-28.
- EROL, Nermin, y colaboradores. Unintended Pregnancy and Prenatal Care: A Study from a Maternity Hospital in Turkey. En: *The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal Of The European Society Of Contraception* Vol.15, no. 4 (2010): 290-300.
- FAIR, Cynthia D. MORRISON, Taylor E. The Relationship between Prenatal Control, Expectations, Experienced Control, and Birth Satisfaction among Primiparous Women En: *Midwifery* Vol.28, no. 1 (2012): 39-44.
- FAWCETT, Jaqueline. Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. En: *Nursing Models and Theories*. Editado por: FA. Davis Company Philadelphia., 2000.
- FINDIK, UMMU YILDIZ, Serap Unsar. NECDET, Sut. Patient Satisfaction with Nursing Care and Its Relationship with Patient Characteristics. En: *Nursing & Health Sciences* Vol.12, no. 2 (2010): 162-169.
- FINGELD-CONNET, Deborah. Meta-Synthesis of Caaring in Nursing. En: *Journal of clinical Nursing* Vol. 17, (2007): 196-204.
- FRY, Margaret. Literature Review of the Impact of Nurse Practitioners in Critical Care Services. En: *Nursing in Critical Care* Vol.16, no. 2 (2011): 58-66.

- GARCÍA HERNÁNDEZ, María de Lourdes y colaboradores. Construcción Emergente Del Concepto: Cuidado profesional De Enfermería. En *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, Vol. 20 (Esp), (2011): 74-80.
- GAVILAN, Diana Milena. VELEZ, Martha Lucia. Vivencias De Las Mujeres Que Transcurren Su Proceso De Atención Del Parto Y Cuidado Postparto Con compañía o Sin compañía de Un Familiar Y Bajo El Cuidado De Enfermería. En: Universidad Javeriana, 2009.
- GAVIRIA, Dora Lucia. La Evaluación Del Cuidado De Enfermería: Un Compromiso Disciplinar." *Investigación y Educación en Enfermería* Vol.27 (1), (2009): 24.
- GAVIRIA, José Luis. Factores De Dificultad En El Análisis De Ítems. Qué Son, Por Qué Aparecen Y Posibles Soluciones. En: *Revista Complutense de Educación* Vol. 1 (1) (1990).
- González, Yariela. Diseño, validez y confiabilidad del instrumento de observación "Indicadores de Pericia de la Enfermera. En: *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNA*. Vol 8. Año. 8 No. 1. Enero-Marzo 2011
- GONZALEZ, Yariela. Instrumento Cuidado De Comportamiento Profesional: Validez Y Confiabilidad. En: *Aquichan* Vol.8 N° 2, (2008): 170-182.
- GUZMAN, Ney. PAZMIÑO, Sonia. Control Prenatal Y Su Impacto En La Mortalidad Materna. Análisis De Una Tendencia 1994-2004, Cali, Colombia. En: *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol.60 N° 1, (2009).
- HANGSLEBEN, Karin, y colaboradores. Medicaid and Non-Medicaid Prenatal Care by Nurse-Midwives Comparison of Risk, Time, Care Coordination, and Reimbursement. En: *Journal of Nurse-Midwifery* Vol. 40, no. 4 (1995): 320-327.

<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/03-atencion.pdf>

- IPEK COBAN, Gulay. KASIKCI, Magfiret. Reliability and Validity of the Scale of Patient Perception of Hospital Experience with Nursing Care in a Turkish Population. En: *Journal Of Clinical Nursing* Vol.19, no. 13-14 (2010): 1929-1934.
- JIMÉNEZ MARTÍNEZ, Aída Aleyda, y colaboradores. Beneficios Y Barreras Percibidos Por Las Adolescentes Embarazadas En El control prenatal." En: *CIENCIA-UANL* Vol.15 (57), (2012): 81-92
- JIRAPAET, Veena. Effects of an Empowerment Program on Coping, Quality of Life, and the Maternal Role Adaptation of Thai Hiv-Infected Mothers. En: *Journal of the Association of Nurses in AIDS care* Vol.11, no. 4 (2000): 34-45.
- JOHNSON, Peter G. Midwife and Nurse-Midwife: The Effect of Title on Perception and Confidence in Services Provided by Professional Midwives. En: *Journal of Nurse-Midwifery* Vol.43, no. 4 (1998): 296-304.
- KLEINMAN, Leah y colaboradores Psychometric Performance of an Assessment Scale for Strain in Nursing Care: The M-Ncas. En: *Health And Quality Of Life Outcomes* Vol.2, (2004): 62-62.
- KOTTNER, Jan, y colaboradores. Interrater Reliability and Agreement of the Care Dependency Scale in the Home Care Setting in the Netherlands. En: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol. 24 11, (2010): 56-61.
- LANDIS,J.R. KOCH G.G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. En: *Biometrics* Vol.33, (1977): 159-174.
- LAVERDE, Martha Evolution of Nursing: Its Influence and Commitment in the Social Development of Colombia. En: *Journal of Professional Nursing* Vol. 5, no. 6 (1989): 330-335.
- LEHRMAN, Ela-Joy. Nurse-Midwifery Practice: A Descriptive Study of Prenatal Care. En: *Journal of Nurse-Midwifery* Vol.26, no. 3 (1981): 27-41.

- LOHRMANN C, y colaboradores Care dependency: testing the German version of the Care Dependency Scale in nursing homes and on geriatric wards. En: Scandinavian Journal Of Caring Sciences. 2003;17(1):51-6.
- MCCURDY, Rebekah J y colaboradores. Prenatal Care Associated with Reduction of Neonatal Mortality in Sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys. En: *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* Vol.90, no. 7 (2011): 779-790.
- MORALES VALLEJO, Pedro. Correlación Y Covarianza. En: *Estadística Aplicada a Las Ciencias Sociales*. Madrid, 2008.
- MORALES VALLEJO, Pedro. El Análisis Factorial En La Construcción E Interpretación De Tests, Escalas Y Cuestionarios (2013).
- MUÑOZ, Lucy. RUIZ, Carmen. BERNAL, María. Sublinea De Investigación Cuidado Materno Perinatal Desde La Enfermería Transcultural. En: *Universidad Nacional de Colombia*. 2000
- OLIDEN, Paula. ZUMBO, Bruno. Coeficientes De Fiabilidad Para Escalas De Respuesta Categórica Ordenada. En: *Psicothema* Vol.20 Nº 4, (2008): 894-901.
- OPS. "Lineamientos Y Directrices de Enfermería Para La Mejoría De La Calidad De La Atención Prenatal En Embarazos De Bajo Riesgo En América Latina Y El Caribe." 2004.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra: OPS. 2005.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. Nota descriptiva Nº 348 de Mayo de 2012. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo

riesgo en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington D.C.: OPS, 2004. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/PrenatalcareManualesp.pdf>

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington D.C. OPS, 2004. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/PrenatalcareManualesp.pdf>

OVIEDO, Heidi C. Propiedades Psicométricas De Una Escala: La Consistencia Interna" *Revista de Salud pública*. Vol.10, N°5., (2008.): 831-839.

PEREZ, María y colaboradores. Prevalencia Del Riesgo Biopsicosocial prenatal de Las Gestantes Que Asistieron A control prenatal durante El Año 2008 En 3 Hospitales De La Sabana De Bogotá. En: Universidad de la Sabana 2011.

PETERSON, Wendy E y Colaboradores. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: A Valid Measure of Maternal Satisfaction with Inpatient Postpartum Nursing Care. En: *Journal Of Advanced Nursing* Vol.52, no. 6 (2005): 672-681.

PLANEACION, SECRETARIA DISTRITAL. Conociendo La Localidad De Engativá. 2007.

POLIT, Denise. HUNGLER, Bernadette. *Investigación Científica En Ciencias De La Salud.*, Edited by Sexta Edición. México, 2000.

POSADA, María. Adaptación Transcultural De La Escala De Cuidado Profesional (CPS): Adecuación Semántica. En: Universidad Nacional de Colombia, 2011.

PROFAMILIA. Encuesta de Demografía y Salud 2010. Bogota, Colombia 2010. Disponible En: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.

RADWIN, Laurel, y Colaboradores. Development and Testing of the Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale. En: *Oncology Nursing Forum* 30, no. 2 (2003): 283-290.

- RAUBE, K. Measuring Satisfaction among Low-Income Women: A Prenatal Care Questionnaire. En: *Maternal and Child Health Journal* Vol.2, no. 1 (1998): 25-33.
- REHNSTRÖM, Lisbeth, y colaboradores. Adaptation and Psychometric Evaluation of the Swedish Version of the Good Nursing Care Scale for Patients. En: *Scandinavian Journal Of Caring Sciences* Vol. 17, no. 3 (2003): 308-314.
- REINA, Carolina. VARGAS, Elizabeth. Validez Facial Y De Contenido Del Instrumento "Percepción De Comportamientos De Cuidado Humanizado. En: *Avances en Enfermería* vol. XXVI N° 2, (2008): 71-79.
- RICHAUD, María Cristina. Desarrollos Del Análisis Factorial Para El Estudio De Ítems Dicotómicos Y Ordinales. En: *Interdisciplinaria* Vol. 22(2), (2005): 237-251.
- RUIZ, Carmen Helena. FAJARDO, María Teresa. VELANDIA Judith. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento "Prácticas Que Realizan Consigo Mismas Y Con El Hijo Por Nacer Las Mujeres En La Etapa Prenatal. En: *Avances en Enfermería* XXIV N° 1, (2006): 26-34.
- SALKIND Neil. Métodos de Investigación. edición. T, editor. En: México, 1999.
- SANCHEZ, Héctor Rafael y colaboradores. Impacto Del Control Prenatal En La Morbilidad Y Mortalidad Neonatal. En: *Revista Médica del IMSS* 43 n° 5, (2005).
- SÁNCHEZ, Ricardo. ECHEVERRY, Jairo. Validación De Escalas De Medición En Salud. En: *Revista de Salud pública*. Vol. 6, No 3., (2004.): Bogotá. p 302-318.
- SONTAG, S. La Enfermedad Y Sus Metáforas. El Sida Y Sus Metáforas. *Madrid: Ed. Suma de Letras*. , (2003): pag. 13.
- SUHONEN, Riitta, y colaboradores. Measuring Individualized Nursing Care: Assessment of Reliability and Validity of Three Scales. En: *Journal Of Advanced Nursing* 59, no. 1 (2007): 77-85.

SWANSON, Kristen M. *La Enfermería Como El Cuidado Informado Para El Bienestar De Los Demás.*, 2000.

SWANSON, Kristen. Optimal Healing Environments in Nursing. En: *THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE* Volume 10, Supplement 1, (2004): 43–48.

SWANSON, Kristen. What Is Known About Caring in Nursing Science. En: *Handbook of Clinical Nursing Research*, 32-56. London, 1999.

SWANSON, Kristen. Caring made visible. En: *Creative Nursing Journal*. 1998. Vol.4. Nº4. Pag: 8-11, 16.

SWORD, Wendy y colaboradores. Women's and Care Providers' Perspectives of Quality Prenatal Care: A Qualitative Descriptive Study. En: *BMC Pregnancy And Childbirth* 12, (2012): 29-29.

THORBURN, Sheryl. DE MARCO, Molly. Insurance-Based Discrimination During Prenatal Care, Labor, and Delivery: Perceptions of Oregon Mothers. En: *Maternal And Child Health Journal* 14, no. 6 (2010): 875-885.

TOMEY, Ann Marriner. *Modelos Y Teorías En Enfermería*. Vol. Sexta Edición. Mexico: Mc Graw Will, 2006.

TORRES, Claudia. Percepción De La Calidad Del Cuidado De Enfermería De Pacientes Hospitalizados. En: *Avances en Enfermería XXVIII* Nº 2., (2010): 98-110.

TRISTAN, Agustín. *Estándares De Calidad Para Pruebas Objetivas*. En: Bogotá D.C, 2006.

TRISTAN, Agustín. Modificación Al Modelo de Lawshe Para El Dictamen De validez De Contenido De Un Instrumento objetivo. En: *Avances en medición*. 2008; 6(1), (2008): 37-48.

<http://Www.Neuropsicol.Org/Protocol/Mmse30.Pdf>".

UNESCO, "Http: //Www.Unesco.Org." <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/bioethics/assisting-bioethics-committees/objective/national-bioethics-committees/>.

UNICEF. "Maternidad Segura Y Centrada En La Familiar (Mscf). Conceptualización E Implementación De Un Modelo." no. 978-92-806-4581-1 (2011).

VARGAS, Carolina. Validez Y Confiabilidad Del Cuestionario "Prácticas Que Realizan Consigo Mismas Las Mujeres En El Postparto. En: *Avances en Enfermería*. Vol. XXVIII N° 1, (2010): pág.: 96-106.

VESGA, Lucy Marcela. Evolución De Los Cuidados: De Curanderas a Enfermeras. En: *Cuidarte* 3 (3), (2012): 410-415.

VILLAR, Carroli. Y colaboradores. Patrones De Control Prenatal De Rutina Para Embarazos De Bajo Riesgo. En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2, (2008).

WATSON, Jean. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science. 201-206. En: New York, 2002.

WATSON, Jean. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciencie. En: *Springer Publishing Company*, (2002).

WU, ZhuoChun y colaboradores. Evaluation of a Community-Based Randomized Controlled Prenatal Care Trial in Rural China. En: *BMC Health Services Research* 11, no. 92 (2011).

ZHAO, Shi Hong, y colaboradores. Quality Nursing Care as Perceived by Nurses and Patients in a Chinese Hospital. En: *Journal Of Clinical Nursing* 18, no. 12 (2009): 1722-1728.

Enfermeras En Plan De Fuga | ElEspectador.Com"
[http://elespectador.com/impreso/articuloimpreso84749-enfermeras-plan-de-fuga.](http://elespectador.com/impreso/articuloimpreso84749-enfermeras-plan-de-fuga)

"Introducción a La Bioética" [http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm.](http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm)

_____. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo [en línea]. Bogotá: El Ministerio. 2000. Disponible en Internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf>

ANEXO Nº 1
TEST MINIMENTAL

Nombre y Apellido del participante:

Edad: _____ años Ciudad de Procedencia:

Nivel de Escolaridad: Primaria: ____ Secundaria: ____ Técnico: ____ Universitario: ____

Estudios de post grado: ____

A. El participante tiene algún problema con su memoria? Si: ____ No: ____

ITEM	PUNTAJE
1-ORIENTACION (tiempo)	(5 puntos)
Día de la semana	
Fecha	
Mes	
Año	
Mañana- tarde- noche	
2-ORIENTACION (lugar)	(5 puntos)
Nombre de la entidad donde se encuentra	
Lugar de la entrevista	
Ciudad	
Departamento	
País	
2. REGISTRO DE TRES PALABRAS	(3 puntos)
Casa	
Zapato	
Papel	
4-ATENCION y CALCULO	(5 puntos)
93	

86	
79	
72	
65	
5-RECORDAR de tres palabras	(3 puntos)
Casa	
Zapato	
Papel	
6-NOMINACION	(2 puntos)
Reloj	
Lápiz	
7-REPETICION	(1 punto)
Tres perros en un trigal.	
8-COMPRESION	(3 puntos)
Toma un papel con su mano derecha	
Dóblelo por la mitad	
Póngalo en el suelo	
9-LECTURA	(1 punto)
“Cierre los ojos”	
10-ESCRITURA	(1 punto)
Pida al paciente que escriba una oración, debe tener sujeto y predicado.	
11-DIBUJO	(1 punto)
Debe copiar un dibujo simple (dos pentágonos cruzados, el cruce tiene 4 lados).	

INSTRUCTIVO TEST MINIMENTAL

1-ORIENTACION (tiempo) (5 puntos)

Preguntar día de la semana (1), fecha (1), mes (1), año (1) y si es la mañana, la tarde o la noche (1).

Se puede considerar correcta la fecha con ± 2 días de diferencia.

2-ORIENTACION (lugar) (5 puntos)

Preguntar sobre lugar de la entrevista (1), hospital (1), ciudad (1), Departamento (1), país (1).

3-REGISTRO DE TRES PALABRAS (3 puntos)

Pedir al paciente que escuche con atención porque le va a decir tres palabras que debe repetir después (por cada palabra repetida correcta se otorga 1 punto).

Avisar al mismo tiempo que deberá repetir las palabras más tarde.

Casa (1), zapato (1) y papel (1).

Repita las palabras hasta que el paciente aprenda las tres.

4-ATENCION y CALCULO (5 puntos)

Serie de 7. Pedir al paciente que reste de a 7 a partir de 100 y continúe restando de a 7 hasta que usted lo detenga. Por cada respuesta correcta dar 1 punto, detenerse luego de 5 repeticiones correctas. Comience preguntando ¿cuánto es 100 menos 7?

Otra variante, no equivalente a la serie de 7 es pedir al paciente que deletree la palabra mundo de atrás hacia adelante. Por cada letra correcta recibe 1 punto.

5-RECORDAR tres palabras (3 puntos)

Pedir al paciente que repita los objetos nombrados anteriormente. Por cada repetición correcta se da un punto.

6-NOMINACION (2 puntos)

Mostrar una lapicera y un reloj, el paciente debe nombrarlos, se otorga 1 punto por cada respuesta correcta.

7-REPETICION (1 punto)

Pida al paciente que repita la siguiente oración: tres perros en un trigal.

8-COMPRESION (3 puntos)

Indique al paciente una orden simple. Por ejemplo: toma un papel con su mano derecha (1 punto), dóblelo por la mitad (1 punto) y póngalo en el suelo (1 punto).

Por cada acción correcta el paciente recibe 1 punto.

9-LECTURA (1 punto)

Pida al paciente que lea la siguiente orden (escrita previamente), y la obedezca, no debe decirlo en voz alta (debe explicar este ítem del test sólo una vez).

“Cierre los ojos”

10-ESCRITURA (1 punto)

Pida al paciente que escriba una oración, debe tener sujeto y predicado. Se acepta como válido el sujeto tácito. La oración debe tener un sentido.

11-DIBUJO (1 punto)

Debe copiar un dibujo simple (dos pentágonos cruzados, el cruce tiene 4 lados).

Se considera correcto si las dos figuras tienen 5 lados y el cruce tiene 4 lados.

INTERPRETACION

Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada una vez habiendo hecho la prueba.

27 puntos o más: Normal. La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.

24 puntos o menos: Sospecha patológica

24 a 12 puntos: Deterioro

12 a 9 puntos: Demencia

Menos de 5 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo. Incoherente. Postración.

Cód.: _____

ANEXO Nº 2
ESCALA DEL CUIDADO PROFESIONAL
VERSION EN ESPAÑOL 2011
 (Original en inglés. Dra. Kristen Swanson)

Nombre _____ y Apellido _____ del participante: _____

Edad: _____ años Ciudad _____ de Procedencia: _____

Nivel de Escolaridad: Primaria: _____ Secundaria: _____ Técnico: _____ Universitario: _____

Estudios de post grado: _____

En la siguiente escala usted puede evaluar la clase de atención que recibió de parte de la enfermera profesional que le realizó el control prenatal. Para ello se recomienda que en cada una de las preguntas, encierre en un círculo el número que usted considere se acerca más a lo que usted percibió; de la siguiente forma: 1= SI 2= NO

ACTIVIDAD EVALUADA EN ENFERMERÍA	SI	NO
SANADOR COMPASIVO		
1. ¿La enfermera la hizo sentir bien?	1	2
2. ¿La enfermera se mostró optimista con la evolución de su embarazo?	1	2
3. ¿La enfermera la escuchó con atención?	1	2
4. ¿La enfermera le permitió expresar sus sentimientos?	1	2
5. ¿La enfermera demostró preocupación por lo que le sucede a usted?	1	2
6. ¿La enfermera la estimuló para que siga adelante?	1	2
7. ¿La enfermera fue respetuosa con usted?	1	2
8. ¿La enfermera comprendió sus dolencias y preocupaciones	1	2
SANADOR COMPETENTE		

9. ¿La enfermera demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	1	2
10. ¿La enfermera le brindó ayuda y colaboración?	1	2
11. ¿La enfermera le realizó correctamente el control prenatal?	1	2
12. ¿La enfermera estuvo al cuidado de usted durante el control prenatal?	1	2
13. ¿La enfermera le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	1	2
14. ¿La enfermera fue amable con usted?	1	2
15. ¿La enfermera la trato como persona?	1	2

Cód.: _____

ANEXO Nº 3
INSTRUMENTO PARA MEDICION DE LA VALIDEZ FACIAL
DE LA ESCALA DEL CUIDADO PROFESIONAL
VERSION EN ESPAÑOL 2011
 (Original en inglés. Dra. Kristen Swanson)

Nombre _____ y Apellido _____ del participante:

Edad: _____ años Ciudad _____ de Procedencia: _____

Nivel de Escolaridad: Primaria: _____ Secundaria: _____ Técnico: _____ Universitario: _____

Estudios de post grado: _____

En la siguiente escala usted puede evaluar la claridad y comprensión de cada una de las preguntas planteadas. Para ello se recomienda que en cada una de las preguntas, califique según su criterio marcando con un círculo el número que crea conveniente, teniendo en cuenta la siguiente asignación:

Comprensión:

1. No la comprendo
2. La comprendo poco
3. La comprendo

ACTIVIDAD EVALUADA EN ENFERMERÍA	COMPRESION			OBSERVACIONES
	1	2	3	
SANADOR COMPASIVO				
1. ¿La enfermera la hizo sentir bien?	1	2	3	
2. ¿La enfermera se mostró optimista con la evolución de su embarazo?	1	2	3	
3. ¿La enfermera la escuchó con atención?	1	2	3	
4. ¿La enfermera le permitió	1	2	3	

expresar sus sentimientos?				
5. ¿La enfermera demostró preocupación por lo que le sucede a usted?	1	2	3	
6. ¿La enfermera la estimuló para que siga adelante?	1	2	3	
7. ¿La enfermera fue respetuosa con usted?	1	2	3	
8. ¿La enfermera comprendió sus dolencias y preocupaciones	1	2	3	
SANADOR COMPETENTE				
9. ¿La enfermera demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	1	2	3	
10. ¿La enfermera le brindó ayuda y colaboración?	1	2	3	
11. ¿La enfermera le realizó correctamente el control prenatal?	1	2	3	
12. ¿La enfermera estuvo al cuidado de usted durante el control prenatal?	1	2	3	
13. ¿La enfermera le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	1	2	3	
14. ¿La enfermera fue amable con usted?	1	2	3	
15. ¿La enfermera la trató como persona?	1	2	3	

ANEXO Nº 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificada con C.C No. _____ expedida en la ciudad de _____ declaro a través de éste documento que he sido invitada a participar en un estudio de investigación, cuyo objetivo es determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional (SCP) de la Dra. Kristen Swanson. Versión en español. Mi participación en la investigación consiste en responder algunas sencillas preguntas. La información será recogida a través de la aplicación de un instrumento o cuestionario, el cual será diligenciado en un lugar privado y tendrá una duración aproximada de 30 minutos.

La información obtenida será confidencial. Mi nombre no aparecerá en ningún documento, será identificada con un código o un número consecutivo, y se respetarán mis respuestas a las preguntas que me realicen. Me han explicado el proyecto solo tiene fines investigativos y que busca en un futuro mejorar la calidad del cuidado profesional en Enfermería. Por la participación no recibiré ningún beneficio y mi negación a participar tampoco me acarreará dificultades.

Debido a la naturaleza de la investigación, ni usted ni su hijo por nacer (En caso de estar en Gestación) estarán sometidos a ninguna clase de riesgo físico, que puede causar perjuicios a la salud y el bienestar.

Durante el tiempo en que participe de la investigación, tengo libertad de negarme a contestar alguna pregunta que me cause incomodidad o puedo retirarme del estudio sin que afecte la prestación ninguna actividad de mi cotidianidad. Cuando no entienda una pregunta, tengo la posibilidad de solicitar aclaración y despejar dudas si surgen y de recibir orientación. Por lo anterior de forma voluntaria acepto participar en el proyecto y en las entrevistas que se deriven de éste.

FIRMA _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

FECHA: _____

FIRMA DEL INVESTIGADOR _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION _____

Para aclarar dudas relacionadas con este estudio de investigación usted puede comunicarse con:

Enfermera Lucy Marcela Vesga

Celular: 3138806482

Correo electrónico: lmvesgag@unal.edu.co

ANEXO Nº 4 ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, menor de edad; declaro a través de éste documento que he sido invitada a participar en un estudio de investigación, cuyo objetivo es determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional (SCP) de la Dra. Kristen Swanson. Versión en español. Mi participación en la investigación consiste en responder algunas sencillas preguntas. La información será recogida a través de la aplicación de un instrumento o cuestionario, el cual será diligenciado en un lugar privado y tendrá una duración aproximada de 30 minutos.

La información obtenida será confidencial. Mi nombre no aparecerá en ningún documento, será identificada con un código o un número consecutivo, y se respetarán mis respuestas a las preguntas que me realicen. Me han explicado el proyecto solo tiene fines investigativos y que busca en un futuro mejorar la calidad del cuidado profesional en Enfermería. Por la participación no recibiré ningún beneficio y mi negación a participar tampoco me acarreará dificultades.

Debido a la naturaleza de la investigación, ni usted ni su hijo por nacer (En caso de estar en Gestación) estarán sometidos a ninguna clase de riesgo físico, que puede causar perjuicios a la salud y el bienestar. Durante el tiempo en que participe de la investigación, tengo libertad de negarme a contestar alguna pregunta que me cause incomodidad o puedo retirarme del estudio sin que afecte ninguna actividad de mi cotidianidad. Cuando no entienda una pregunta, tengo la posibilidad de solicitar aclaración y despejar dudas si surgen y de recibir orientación.

Por lo anterior de forma voluntaria acepto participar en el proyecto y en las entrevistas que se deriven de éste.

AL FIRMAR ESTE FORMATO YO ESTOY CONFIRMANDO QUE ESTOY DE ACUERDO CON PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO DESCRITO AQUI.

Nombre de Participante

Fecha

Firma de Participante

Nombre Testigo No. 1

Número de Cédula

Firma de Testigo No.1

Relación con Participante

Para aclarar dudas relacionadas con este estudio de investigación usted puede comunicarse con:
Enfermera Lucy Marcela Vesga
Celular: 3138806482
Correo electrónico: lmvesgag@unal.edu.co

ANEXO Nº 5
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O REPRESENTANTE LEGAL

Querido padre, madre o representante legal, través de éste documento quiero manifestarle que su hija menor de edad, ha sido invitada a participar en un estudio de investigación, cuyo objetivo es determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional (SCP) de la Dra. Kristen Swanson. Versión en español. Su participación en la investigación consiste en responder algunas sencillas preguntas. La información será recogida a través de la aplicación de un instrumento o cuestionario, el cual será diligenciado en un lugar privado y tendrá una duración aproximada de 30 minutos.

La información obtenida será confidencial. Su nombre no aparecerá en ningún documento, será identificada con un código o un número consecutivo, y se respetarán sus respuestas a las preguntas que le realicen. Deseo explicarle que el proyecto solo tiene fines investigativos y que busca en un futuro mejorar la calidad del cuidado profesional en Enfermería. Por la participación de su hija no recibirá ningún beneficio y de negarse a participar tampoco tendrá dificultades.

Debido a la naturaleza de la investigación, ni su hija, ni el hijo por nacer (En caso de estar en Gestación) estarán sometidos a ninguna clase de riesgo físico, que pueda causar perjuicios a la salud y el bienestar. Durante el tiempo en que su hija participe de la investigación, tendrán la libertad de negarse a contestar alguna pregunta que le cause incomodidad o podrán retirarse del estudio sin que afecte ninguna actividad cotidiana. Cuando no entienda una pregunta, tendrá la posibilidad de solicitar aclaración y despejar dudas si surgen y de recibir orientación.

Por lo anterior de forma voluntaria acepto y permito la participación de mi hija menor de edad en el proyecto y en las entrevistas que se deriven de éste, solo si ella manifiesta que esa es su voluntad.

AL FIRMAR ESTE FORMATO YO ESTOY CONFIRMANDO QUE ESTOY DE ACUERDO CON PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO DESCRITO AQUI.

Nombre de Participante

Fecha

Nombre del Padre, madre o representante legal

Número de Cédula

Firma

Relación con Participante

Para aclarar dudas relacionadas con este estudio de investigación usted puede comunicarse con:
Enfermera Lucy Marcela Vesga
Celular: 3138806482
Correo electrónico: lmvesgag@unal.edu.co

Cód.: _____

ANEXO Nº 6
INSTRUMENTO PARA MEDICION DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO
DE LA ESCALA DEL CUIDADO PROFESIONAL
VERSION EN ESPAÑOL 2011
(Original en inglés. Dra. Kristen Swanson)

Nombre y Apellido del participante:

Edad: _____ años Ciudad de Procedencia:

Nivel de Escolaridad: Universitario: ___ Especialista: ___ Magister: ___ Doctorado: ___

Pos Doctorado: ___.

En la siguiente escala usted puede evaluar de acuerdo a los criterios de Lawshe, modificados por Tristán cada una de las preguntas planteadas en la Escala de Cuidado Profesional (SCP) de la Dra. Kristen Swanson versión en español, año 2011. Para ello se recomienda que en cada una de las preguntas, califique según su criterio marcando con una equis (X) la casilla que crea conveniente, teniendo en cuenta la siguiente asignación:

ESENCIAL: El ítem es un paso necesario que asegura la comprensión teórico - práctico gradual del concepto.

UTIL PERO NO ESENCIAL: El ítem facilita la transición de un reactivo a otro, pero no asegura la comprensión teórico práctica del concepto global.

NO NECESARIO: El reactivo no aporta herramientas para la transición de pasos graduales hacia la comprensión del concepto global.

Agradecemos inmensamente los comentarios que pueda aportar a los ítems que considere “útil pero no esencial” o “no necesarios”.

ACTIVIDAD EVALUADA EN ENFERMERÍA	ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
SANADOR COMPASIVO				
1. ¿La enfermera la hizo sentir bien?				
2. ¿La enfermera se mostró optimista con la evolución de su embarazo?				
3. ¿La enfermera la escuchó con atención?				
4. ¿La enfermera le permitió expresar sus sentimientos?				
5. ¿La enfermera demostró preocupación por lo que le sucede a usted?				
6. ¿La enfermera la estimuló para que siga adelante?				
7. ¿La enfermera fue respetuosa con usted?				
8. ¿la enfermera comprendió sus dolencias y preocupaciones				
SANADOR COMPETENTE				
9. ¿La enfermera				

demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?				
10. ¿La enfermera le brindó ayuda y colaboración?				
11. ¿La enfermera le realizó correctamente el control prenatal?				
12. ¿La enfermera estuvo al cuidado de usted durante el control prenatal?				
13. ¿La enfermera le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?				
14. ¿La enfermera fue amable con usted?				
15. ¿La enfermera la trató como persona?				

COMENTARIOS Y OTRAS OBSERVACIONES:

ANEXO N° 7
CARTA DE INVITACION A EXPERTOS

Bogotá D.C, xx de xxxxx del 2013

Enfermera:
XXXXXXXXXXXXX

Reciba un cordial saludo:

En la actualidad estoy desarrollando la tesis titulada “Validez y confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional (SCP) de la Dra. Kristen Swanson, versión en español año, 2011” para optar al título de Magister en Enfermería con énfasis en el Cuidado Para La Salud Materno Perinatal.

El objetivo de la investigación es determinar la validez y la confiabilidad de la escala que presenta dos dimensiones: El sanador competente y el sanador compasivo, en solo quince (15) ítems.

Como es de su conocimiento, las pruebas para la medición de Validez de Contenido, requiere de prueba de expertos y teniendo en cuenta sus conocimientos y nivel de experiencia en el área Materno Perinatal, me permito invitarla de manera atenta a participar en calidad de experta.

De ante mano agradezco su colaboración y los aportes que pueda dar al estudio en desarrollo.

Atentamente,

Lucy Marcela Vesga G.
Estudiante de Maestría en Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Carmen Helena Ruiz
Directora de Tesis
Universidad Nacional de Colombia

ANEXO Nº 8
CARTA DE INVITACION A LAS INSTITUCIONES

Bogotá D.C, xx de xxxxx del 2013

SEÑOR (A):
XXXXXXXXXXXXX

Reciba un cordial saludo:

En la actualidad estoy desarrollando la tesis titulada “Validez y confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional (SCP) de la Dra. Kristen Swanson, versión en español año, 2011” para optar al título de Magister en Enfermería con énfasis en el Cuidado Para La Salud Materno Perinatal, de la Universidad Nacional de Colombia.

El objetivo de la investigación es determinar la validez y la confiabilidad de la escala que presenta dos dimensiones: El sanador competente y el sanador compasivo, en solo quince (15) ítems. Para el desarrollo de las pruebas de validez facial, es necesaria la aplicación de las pruebas a mujeres de diversos niveles educativos, socioculturales y diferentes edades, lo que garantizará en la posteridad, la fácil comprensión de la escala en todos los niveles educativos y socioculturales. Teniendo en cuenta la naturaleza de la institución que usted dirige le solicito de la manera más atenta, permita que el estudio pueda abordar las personas de su institución para invitarlas a participar. La participación en la investigación consiste en responder algunas sencillas preguntas. La información será recogida a través de la aplicación de un instrumento o cuestionario, el cual será diligenciado en un lugar privado dentro de las instalaciones de su institución y tendrá una duración aproximada de 30 minutos.

La información obtenida será confidencial. El nombre de las personas no aparecerá en ningún documento, serán identificadas con un código o un número consecutivo, y se respetarán sus respuestas a las preguntas que le realicen. Si es su deseo, el nombre de la institución tampoco será publicado en los resultados de la investigación.

Deseo explicarle que el proyecto solo tiene fines investigativos y que busca en un futuro mejorar la calidad del cuidado profesional en Enfermería. Por la participación de su institución no recibirá ningún beneficio y de negarse a participar tampoco tendrá dificultades.

Debido a la naturaleza de la investigación, las participantes o sus hijos por nacer (En caso de estar en Gestación) no estarán sometidos a ninguna clase de riesgo físico, que pueda causar perjuicios a la salud y el bienestar. Durante el tiempo en que los participantes estén incluidos en la investigación, tendrán la libertad de negarse a contestar alguna pregunta que le cause incomodidad o podrán retirarse del estudio sin

que afecte ninguna actividad cotidiana. Cuando no entiendan una pregunta, tendrá la posibilidad de solicitar aclaración y despejar dudas si surgen y de recibir orientación.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria, no se realizará ningún tipo de coerción con las participantes, ni tampoco se dará estímulos para favorecer su aceptación de participación. En constancia de la aceptación a participar, las participantes firmaran consentimiento y /o asentimiento informado de acuerdo a lo normado en la Resolución 008430 de 1993.

La investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sin embargo aceptamos el proceso que deba realizarse en su institución para contar con la aprobación de su ejecución.

De ante mano agradezco su colaboración y los aportes que pueda dar al estudio en desarrollo.

Atentamente,

Lucy Marcela Vesga G.
Estudiante de Maestría en Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Carmen Helena Ruiz
Directora de Tesis
Universidad Nacional de Colombia

ANEXO Nº 9
APROBACION DEL AUTOR DE LA ESCALA ORIGINAL

DR. KRISTEN SWANSON

Professor of Nursing University of North Carolina

Receive a respectful greetings and sincere expressions of admiration.

My name is Lucy Vesga Marcela, I'm Nurse and fourth semester Masters course in Nursing with Emphasis on Maternal and Perinatal Care at the National University of Colombia. My thesis supervisor is Professor **Carmen Helena Ruiz** and the issue we've been working as a thesis for my masters are psychometric tests Scale Professional Care Dr. Kristen Swanson, version in Spanish. Year 2011.

The intent of my communication is whether I can know in detail the testing and analysis of validity and reliability applied to the original version of the scale. As I reviewed the article: Swanson, K. M. (2002). Caring Professional Scale. In J. Watson (Ed) Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science, Springer Publishing Company, and would like to extend the published data.

I appreciate your kind attention and I am waiting for your reply.

Sincerely,

Yes. You have my permission. Best of luck with your studies.

Kristen M. Swanson, RN, PhD, FAAN
Dean and Alumni Distinguished Professor
University of North Carolina at Chapel Hill

ANEXO N° 10
APROBACION DEL AUTOR DE LA ESCALA VERSION EN ESPAÑOL

AUTORIZACION

Pereira, noviembre 29 de 2012

Señores:
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Mediante el presente documento **AUTORIZO** a la estudiante de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia **Lucy Marcela Vesga**, para utilizar la Escala de Cuidado Profesional (CPS) de la Dra. Kristen Swanson, versión en español, a la cual se le realizó la adecuación semántica que hace parte del proceso de adaptación transcultural, y que se presentó en el primer semestre del presente año como proyecto de tesis en la misma universidad.

Atentamente
MARIA NEYFETH POSADA MORALES
C.C 30.292.967 expedida en Manizales



ANEXO N° 10
APROBACION DEL COMITÉ DE ETICA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL



1/1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN

UGI-042-2013

Bogotá D.C., 25 de Febrero de 2013

Profesora
VIVIANA MARYCEL CÉSPEDES
Directora
Posgrados en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 25 de Febrero de 2013 Acta No.03, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de Maestría en Enfermería "**Validez y confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional (SCP) de la Doctora Kristen Swanson, Versión en Español**" de la estudiante Lucy Marcela Vesga Gualdrón, directora profesora Carmen Helena Ruiz de Cárdenas.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)

YURIAN RUBIANO MESA
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

* Delegada por la Decana

Copia:
Lucy Marcela Vesga G. – **Estudiante Maestría.**
Carmen Helena Ruiz de C. – **Directora Tesis.**

Carrera 30 No.45 - 03, **TORRE DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, piso 8, Oficina 805
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17020 Fax: 17021
Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co
Bogotá Colombia Sur América

ANEXO Nº11
ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL VERSION EN ESPAÑOL CON PRUEBAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

En la siguiente escala usted puede evaluar la atención que recibió de parte del profesional que le realizó el control prenatal. Para ello se recomienda que en cada una de las preguntas, encierre en un círculo el número que usted considere se acerca más a lo que usted percibió.

Ud. fue atendido por: A. Enfermera Profesional. B. Médico general. C. Médico Especialista.

ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL (CPS) DE LA DRA KRISTEN SWANSON				
VERSION EN ESPAÑOL 2013. ALFA DE CRONBACH: 0,907				
SANADOR COMPASIVO ALFA DE CRONBACH: 0.852				
ITEM	NUNCA	ALGUNAS VECES SI ALGUNAS NO	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
1. La hizo sentir bien?	1	2	3	4
2. Mostró una actitud positiva con Ud. y su embarazo?	1	2	3	4
3. La escuchó con atención?	1	2	3	4
4. Le permitió expresar sus sentimientos?	1	2	3	4
5. Demostró interés por lo que le sucede a usted?	1	2	3	4
Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	1	2	3	4
Demostró que estaba preparada(o) para hacer su trabajo?	1	2	3	4
SANADOR COMPETENTE. ALFA DE CRONBACH: 0,859				
6. La (o) animó para que se siga cuidando durante el embarazo?	1	2	3	4
7. Fue respetuosa(o) con usted?	1	2	3	4
10. Le brindó ayuda y colaboración?	1	2	3	4
11. Le realizó correctamente el control de su embarazo?	1	2	3	4

12. Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	1	2	3	4
13. Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	1	2	3	4
14. Fue amable con usted?	1	2	3	4
15. La trato como persona?	1	2	3	4