

Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión”

RESUMEN

Objetivo: determinar la validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3ª versión”. **Método:** estudio descriptivo de tipo metodológico que hizo pruebas psicométricas al instrumento PCHE, que evalúa las características de la atención de enfermería en escenarios hospitalarios. El instrumento se revisó con la participación de 320 pacientes hospitalizados, y se realizaron mediciones de validez y confiabilidad mediante la valoración de la consistencia interna. **Resultados:** se obtuvo un índice de acuerdo de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por el grupo de expertos. En el análisis factorial, se obtuvo una prueba de KMO de 0,956 y una prueba de esfericidad de Bartlett de 0,0; estos indicadores permitieron calcular las cargas factoriales y así determinar estadísticamente el constructo del instrumento que llevó a definir teóricamente tres dimensiones: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente y disposición para la atención. **Conclusiones:** el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión” es válido y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios.

PALABRAS CLAVE

Validez de las pruebas, confiabilidad, percepción, comportamiento, humanización de la atención (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.6

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

González-Hernández OJ. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión”. *Aquichan*. 2015;15(3): 381-392. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.6

¹ Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA), Colombia. o_ragazzo@hotmail.com

Validity and Reliability of "Perception of Behavior Related to Humanized Nursing Care (PCHE), 3rd Version"

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to determine the validity and reliability of the third version of "Perception of Behavior Related to Humanized Nursing Care" (PCHE: Spanish acronym). **Method:** This is a descriptive methodological study that included psychometric texts of the PCHE as an instrument to evaluate the characteristics of nursing care provided in hospital settings. The instrument was reviewed with the participation of 320 hospitalized patients, and validity and reliability were measured through an assessment of internal consistency. **Results:** An agreement index of 0.92 and a content validity index of 0.98 were obtained by the group of experts. In the factor analysis, 0.956 was obtained for the KMO index and 0.0 on Bartlett's sphericity test. These indicators made it possible to calculate the factor loadings and, therefore, to determine statistically the construct of the instrument, which led to defining three dimensions hypothetically: qualities of nursing, openness to nurse-patient communication, and willingness to provide care. **Conclusions:** The third version of "Perception of Behavior Related to Humanized Nursing Care" is a valid and reliable instrument for use in hospital settings.

KEYWORDS

Test validity, reliability, perception, behavior, humanization of care (Source: DeCS, BIREME).

Validade e confiabilidade do instrumento "Percepção de comportamentos de cuidado humanizado de enfermagem 3ª versão"

RESUMO

Objetivo: determinar a validade e a confiabilidade do instrumento "Percepção de comportamentos de cuidado humanizado de enfermagem (PCHE) 3ª versão". **Método:** estudo descritivo de tipo metodológico realizou provas psicométricas no instrumento PCHE, que avalia as características da atenção de enfermagem em cenários hospitalares. O instrumento foi revisado com a participação de 320 pacientes hospitalizados e foram realizadas medições de validade e confiabilidade mediante a valoração da consistência interna. **Resultados:** obteve-se um índice de acordo de 0,92 e um índice de validade de conteúdo de 0,98 pelo grupo de especialistas. Na análise fatorial, obteve-se uma prova de KMO de 0,956 e uma prova de esfericidade de Bartlett de 0,0; esses indicadores permitiram calcular as cargas fatoriais e, assim, determinar estatisticamente o constructo do instrumento que levou a definir teoricamente três dimensões: qualidades do fazer de enfermagem, abertura à comunicação enfermeiro(a)-paciente e disposição para a atenção. **Conclusões:** o instrumento de "Percepção de comportamentos de cuidado humanizado de enfermagem 3ª versão" é válido e confiável para sua aplicação em âmbitos hospitalares.

PALAVRAS-CHAVE

Validade das provas, confiabilidade, percepção, comportamento, humanização da atenção (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

La enfermería, desde su inicio, ha tenido permanente interés por la humanización, manteniendo un claro deseo de buscar nuevas fuentes rejuvenecedoras que amplíen las posibilidades de satisfacer las necesidades de cuidado de la persona. "En tal sentido, es importante que el profesional de enfermería muestre un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera" (1). Asimismo, la esencia de la profesión de enfermería es el cuidado que, en sí, es un acto profundamente humano; cuidar implica entretener una relación amorosa con la realidad y con cada ser de la creación. Es investir de corazón, afecto y subjetividad a esta sensibilidad. Las cosas son más que cosas que podemos usar, son valores que podemos apreciar, símbolos que podemos descifrar. Cuidar significa implicarse con las personas y las cosas, darles atención, colocarse junto a ellas, sentir las dentro del corazón, entrar en comunión con ellas, valorizarlas y comprenderlas en su interioridad. Todo lo que cuidamos es lo que amamos. Y todo lo que amamos lo cuidamos. Por el hecho de ligarnos afectivamente con las personas y las cosas nos preocupamos y sentimos responsabilidad por ellas (2). En este sentido, es importante propiciar el análisis y el actuar entre los profesionales de la salud sobre la humanización de la atención y su relación cotidiana durante el proceso de atención.

Según Escudero, citado por Barbero (3), la humanización no es algo que suceda de manera espontánea, sino que debe ser fomentada, aprendida y practicada. Además, como reflexiona Hernández, citado por Barbero (3), "Solo un ser humano es capaz de reconocer la dignidad del otro y respetar sus derechos, asumiendo en consecuencia el deber ético de asistirlo, cuidarlo, consolarlo y acompañarlo en su fragilidad".

Se puede afirmar, entonces, que la humanización se opone a la violencia y que esta reorganiza las relaciones de trabajo, los comportamientos (4). Es así, que la humanización ha hecho realmente un cambio en las prácticas de salud, y ha llevado a que las organizaciones opten por el mejoramiento continuo del sistema de gestión. Por tal razón, el tema de la vulneración y violación de los derechos de los pacientes en un contexto hospitalario ha llamado la atención de enfermería para detenerse a analizar este aspecto que impacta de manera negativa la posibilidad de brindar un buen cuidado (5).

Al respecto, Ceballos señala que Watson, en 2009, remarcó la importancia de centrar la mirada hacia este componente de la atención y dice:

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería (6).

Frente a este componente, se plantea otra situación:

En la práctica somos profesionales preparados para rechazar el fracaso, cumplimos estándares, procedimientos, pero aún no tenemos una norma, o mejor, protocolos de enfermería, que indiquen cómo debemos actuar en la dimensión del cuidado sensible; en la atención de las demandas de cuidados de aquellos que enfrentan los sufrimientos provenientes de la enfermedad. Ni siquiera conseguimos cualificar algunos comportamientos esperados en el proceso del cuidado de aquellos usuarios de los servicios de salud, que buscan resolver los desequilibrios en sus procesos vitales, estando en condiciones reales o de riesgo en relación con los problemas de salud (7).

Por otra parte, el cuidado humanizado (8) se desarrolla en el ámbito de las organizaciones hospitalarias y ambulatorias; al respecto Merhy, citada por Poblete y Valenzuela (9), refiere que las instituciones de salud cumplen la función de otorgar cuidados a través de un trabajo vivo, y se espera de ellas que sean un núcleo de cuidado para los usuarios; sin embargo, el acto de cuidar es deficiente debido a que los diferentes profesionales que trabajan en los servicios de salud no realizan acciones de cuidados centrados en el paciente, sino centrados en los procedimientos o en la técnica, lo que actualmente ha provocado la crisis de estas instituciones; además, se agrega el hecho de que la hegemonía del modelo de acción clínica médica empobrece y hasta anula las acciones cuidadoras del resto del equipo de salud. Por esta razón, según Fujita *et al.* (10), cuando se introduce el cuidado humanizado en el hospital, tanto los pacientes como los trabajadores se benefician al punto que perciben que cambian sus puestos de trabajo, la comunicación mejora, tienen mayor autoestima y se fortalece el liderazgo institucional.

Por otra parte, Romero *et al.* (11) consideran que:

...el cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuen-

cias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud-enfermedad, interacción persona-medioambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado.

Al involucrarse en el cuidado humanizado, el profesional de enfermería debe explorar componentes de su actuar que le permitan entrar en ese vínculo con el paciente, que los lleve a un crecimiento permanente.

Para el avance del conocimiento científico de enfermería, es de suma importancia contar y disponer con herramientas que garanticen una validez y confiabilidad que, al momento de abordar este tipo de fenómenos, permitan descubrir o redescubrir elementos en los escenarios de atención que hagan posible cualificar el cuidado. En la actualidad, la investigación ha permitido que las disciplinas desarrollen instrumentos para que las nuevas generaciones de investigadores analicen otras perspectivas de estos fenómenos estudiados.

En el presente artículo, se explora el instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3ª versión", que lleva una trayectoria de diez años de construcción, generado desde el interés de profesionales por la percepción de los pacientes frente a la atención, para este caso, "la atención humanizada". La medición se realizó en el ámbito hospitalario de Centro Policlínico del Olaya, IPS de tercer nivel de la ciudad de Bogotá (Colombia), en donde se vienen desarrollando proyectos orientados a una atención humanizada, sustentados a través de una línea estratégica organizacional, lo que generó mayor interés en la institución para su participación y disponer los espacios para la recolección de la muestra con sus pacientes hospitalizados.

La primera etapa para la materialización del PCHE surgió a partir de un estudio del 2001 que retomaron sus autores, donde un grupo de enfermeras se interesaron por abordar el fenómeno del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados en la ciudad de Bogotá. Ellas realizaron un estudio fenomenológico con abordaje cualitativo, donde se procedió al desarrollo de entrevistas, con una pregunta central: ¿cómo fue la experiencia de recibir cuidado de enfermería humanizado durante la hospitalización? (12). Allí, las investigadoras solicitaban a los participantes que describieran su respuesta lo más completa posible y manifestaran cómo

se habían sentido durante esta. El grupo investigador encontró nueve categorías orientadas a: sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad, empatía, priorizar al ser cuidado, disponibilidad para la atención.

Con este insumo, los autores, movidos por el interés de conocer la percepción de las personas a quienes cuidaban, de sus familias y en respuesta a la búsqueda del Departamento de Enfermería de dar un cuidado humanizado, adelantaron un estado del arte acerca del concepto de cuidado de enfermería y cuidado humanizado. Dentro de esa revisión se abordan los fundamentos de la Teoría de Cuidado Humano de Jean Watson (13) y la Teoría de la Enfermería como Cuidado de Boykin y Schoenhofer (14), base conceptual que posibilitó la construcción un instrumento para ser utilizado en la práctica.

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

En el 2005, y con el fin de determinar y evaluar la validez del instrumento PCHE, los investigadores llevaron a cabo su aplicación, con un grupo de 274 personas entre pacientes y familiares. Dentro de las recomendaciones obtenidas a partir del estudio, se sugiere evaluar la confiabilidad y validez de constructo del instrumento PCHE, junto con el análisis de psicometría (15).

En el 2008, a partir de la experiencia de un estudio de maestría, se propuso determinar la validez de contenido y la validez facial del instrumento. Este estudio, realizado por Nadia Reina y asesorado por Elizabeth Vargas, presentó los resultados del proceso de validez a través de pruebas psicométricas donde se señala que el instrumento tiene una validez facial alta con pacientes, expresado en un índice de 0,94; una validez facial con expertos a nivel medio, con un índice de acuerdo de 0,78, y un índice de contenido de 0,83; sin embargo, los expertos en el análisis cualitativo de la validez facial y de contenido hicieron diversas observaciones, entre estas, fortalecer el respaldo teórico y, dentro del estudio, se sugiere reducir el número de ítems y hacer ajustes semánticos de las preguntas; a su vez, la autora del estudio sugiere enfrentar la investigación a la determinación del nivel de confiabilidad del instrumento (16).

Con lo anterior, los autores del instrumento, con la participación de Sonia Espitia, enfermera de la Clínica del Country, inician un proceso de reingeniería del instrumento PCHE Versión 1, siguiendo los referentes teóricos del concepto de *cuidado humanizado* y los lineamientos de los expertos. Esto permitió la construcción de la 2ª versión de PCHE y la realización de una validación fácil y de contenido, presentando en la actualidad un instrumento de 32 ítems. El presente estudio pretendió retomar y terminar las pruebas psicométricas del instrumento en construcción.

Metodología

La presente investigación es un estudio metodológico (17) que desarrolló pruebas psicométricas al instrumento PCHE en tres fases:

En la primera fase se realizó un ajuste semántico, el cual se desarrolló con 176 participantes, los cuales no eran profesionales de la salud, que quisieran participar en el ejercicio para evaluar qué tan claros y comprensibles eran los ítems del instrumento.

Luego, en la segunda fase, se realizó la validez (18) por expertos, donde se contó con la participación de ocho enfermeras, quienes laboran en varios ámbitos del cuidado (asistencia, administración y docencia). Esta selección se basó en los siguientes parámetros: profesionales en enfermería, con una trayectoria en áreas asistenciales, administrativas o docentes, y con experiencia investigativa en fenómenos de cuidado, principalmente la humanización.

En la tercera y última fase, se aplicaron las pruebas de validez de constructo y confiabilidad (19), se contó con una muestra de 320 pacientes hospitalizados en la IPS Centro Policlínico del Olaya entre los servicios hospitalarios (20). Se garantizó la privacidad de la aplicación del instrumento, de acuerdo con las condiciones de infraestructura que contempla la institución donde se desarrolló el estudio. Para la validez de constructo se aplicó el análisis factorial exploratorio debido a que en las mediciones anteriores el constructo solo tenía un soporte teórico y faltaba el estadístico, para el fortalecimiento del instrumento y la determinación de sus dimensiones mediante esta medición. Y para la confiabilidad, se calculó el alfa de Cronbach.

Resultados

Para la fase inicial, se realizó la adaptación semántica de los ítems de la 2ª versión facilitada por sus autores, con el fin de lograr una mejor comprensión de los mismos por parte del lector, lo que posteriormente requirió ajustar el sentido de la escala Likert que maneja el instrumento para la calificación de las diferentes afirmaciones. Se contó con la colaboración de 176 personas (no relacionadas directamente con el área de la salud), para que dieran su opinión de qué tan entendibles eran los ítems. A partir de este momento se realizaron ajustes a 12 ítems, y se organizó la propuesta de la 3ª versión, la cual posteriormente se sometió a panel de expertos en la fase II.

En la segunda fase, la propuesta de la 3ª versión del instrumento fue sometida a la validez facial y de contenido por parte de un panel de expertos. En este panel se contó con la participación de ocho enfermeras con trayectoria clínica, académica y administrativa, además de contar con formación como especialistas en distintas áreas de la salud, magísteres y doctoras en enfermería, y hacer parte de la red latinoamericana de cuidado al paciente crónico. Durante el proceso se les suministró un instrumento con la información básica de los criterios de evaluación (claridad, precisión, comprensión, relevancia y pertinencia), los conceptos abordados por los autores y las categorías definidas por estos. Posterior a esto, evaluaron los 32 ítems del instrumento y expresaron sus observaciones. Para esta medición de la validez, se determinó un índice de aceptabilidad o acuerdo por parte de las expertas de 0,92 en cuanto la validez facial y un índice de validez de contenido (IVC) de 0,98. Esto significa que el instrumento en el conjunto de sus ítems demuestra una validez facial y de contenido frente a esta nueva versión.

En la tercera fase, y a partir de las observaciones planteadas, se estableció el instrumento en su tercera versión y se realizó su aplicación a 320 pacientes hospitalizados en la IPS Centro Policlínico del Olaya, institución en la cual actualmente se vienen desarrollando acciones encaminadas a la atención humanizada, lo que permitió articular el estudio con las políticas institucionales; cabe aclarar que este hecho no generó un sesgo en el estudio, ya que la participación de la institución se limitó a la autorización para el acceso a la población que se requería a fin de lograr la muestra necesaria para las pruebas psicométricas. Esta muestra permitiría determinar la validez de constructo y calcular el alfa de Cronbach. Respecto a la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio, se usó el programa SPSS para calcular

las mediciones correspondientes. Dentro de la aplicación de esta técnica, se obtuvieron los siguientes resultados: una prueba de KMO de 0,956 y una prueba de esfericidad de Bartlett 0,0; esto indica la posibilidad de determinar de manera factible el análisis factorial. Al respecto de las diferentes rotaciones y agrupaciones por las cargas factoriales, se consideró optar por la rotación de tres factores (tabla 1), los cuales explicaron el 55,5% de la varianza. Además, estos tres factores presentaban una mejor distribución de los ítems; a pesar de que no se articulaban a la propuesta original de los autores, sí se adecuaban mejor a las características del instrumento.

Luego se realizó una revisión de cada uno de los ítems por factores analizando su relación donde mantuvieran un mismo sentido y enfoque, y luego de su relación teórica, se construyeron sus definiciones. En la tabla 2 se presenta la nueva categorización del instrumento PCHE para su tercera versión.

La confiabilidad del instrumento mediante la consistencia interna, una de las características de este tipo de medición, donde se calculó el alfa de Cronbach, arrojó una calificación de 0,96 debido a que la correlación de los ítems dentro del instrumento mide las mismas características, en este caso asociadas al fenómeno de la humanización, y plantea que el instrumento es confiable para su aplicación.

Finalmente, uno de los productos de este estudio es la aplicación del instrumento que determinó unos resultados descriptivos, donde se identificó que el 84,7% de los pacientes hospitalizados participantes en el estudio consideran que en la IPS Centro Policlínico del Olaya siempre se perciben comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Para esta organización, es un resultado importante que debe continuar trabajando para fortalecer prácticas y actitudes en el personal que afectan una real atención humanizada por parte de enfermería.

Discusión

En la cotidianidad, el profesional de enfermería se ve enfrentado a distintos fenómenos del quehacer, que se centran en las realidades de los pacientes a quienes se les brinda cuidado donde, por diversas condiciones, no se tiene la posibilidad de un momento de retroalimentación entre paciente-enfermera(o), que permita el crecimiento de esta diada y el fortalecimiento del cuidado que se brinda. Además, se hace necesaria la evaluación de

Tabla 1. Matriz de componentes rotados^a

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

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

las condiciones en que se ofrece el cuidado, los comportamientos, las percepciones de quienes se ven involucrados en él, pero también se debe disponer en los escenarios de enfermería de herramientas válidas y confiables que logren objetivar las realidades que se experimentan diariamente. Al respecto, Frías y Soler (21) mencionan “que cualquier instrumento de medida refleja el constructo teórico que se desea medir y también el error de medida. Por ello, es necesario que los instrumentos sean sometidos a procesos de validación a través de los estudios psicométricos de validez del constructo y fiabilidad de la medida”.

En la *fase I* del estudio, momento preliminar para el desarrollo de la propuesta de la 3ª versión, se obtuvo un ajuste semántico de los 32 ítems a partir de la participación de 176 personas del común, donde a partir de sus apreciaciones, se realizó el ajuste a 12 ítems. Estos cambios se dan desde el enfoque de la validez aparente o facial, que busca medir el grado en el que los ítems parecen medir lo que se proponen (22). En experiencias de otros estudios, se ha identificado que este momento en el uso de los instrumentos es fundamental para hacer más comprensible la herramienta de medición. Al respecto, Camargo y Caro (23), al aplicar el instrumento de Inventarios de Comportamientos de Cuidado de Wolf, realizó una prueba de validez facial en el contexto panameño, posterior a la cual se sugirieron ajustes en 11 de los ítems del instrumento original, relacionados con la redacción de cada uno de ellos.

Luego, en la *fase II*, a partir de la propuesta de una tercera versión, se sometió a validez facial y de contenido por expertos, con la participación de ocho enfermeras. Al evaluar el instrumento basado en los criterios antes descritos, se identifica un índice de aceptabilidad para la validez facial de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98. A pesar de los índices altos, los expertos hicieron sugerencias de ajuste de palabras y propuestas para la complementariedad de los ítems. Al revisar la literatura y los antecedentes del instrumento PCHE, se evidencia que para el estudio de Reina y Vargas (16), se obtuvo un índice de aceptabilidad de 0,78 y un índice de validez de contenido de 0,83 por expertos. Para la medición de estos índices en la construcción de la segunda versión⁸ se obtuvieron un índice de aceptabilidad de 0,81 y un índice de validez de contenido de 0,89. De acuerdo con estos datos, el instrumento para su tercera versión ofrece unas características de validez mejores que las versiones anteriores. Según la literatura, por ejemplo, un índice de validez de contenido se considera

como aceptable (24) si obtiene una puntuación igual o superior a 0,58. Los ítems que logran esta puntuación se pueden integrar al instrumento, pero por debajo de estos puntajes deben ser revisados, corregidos y sometidos nuevamente al panel de expertos.

En la *fase III*, luego de aplicar el instrumento PCHE en su tercera versión a los pacientes hospitalizados en la IPS Centro Policlínico del Olaya S.A., se determinaron dos medidas: el constructo por análisis factorial y la confiabilidad por el alfa de Cronbach. En primer lugar, para determinar el constructo de un instrumento desde las medidas estadísticas, se encuentra el análisis factorial, pero para aplicarlo, se deben cumplir las siguientes pruebas a fin de proseguir con la medición, estas son la prueba de adecuación muestral KMO (22) y la prueba de esfericidad de Bartlett (22). Para este estudio, estas medidas fueron un KMO de 0,955 y la prueba de Bartlett de 0,000. El KMO indica el grado de intercorrelación de las variables, si es mayor de 0,7 se considera factible; la prueba de Bartlett se considera adecuada con un nivel de significado menor de 0,05. Dado que las pruebas fueron favorables, el análisis factorial sugirió una mejor agrupación de los ítems por sus cargas factorial y por rotación varimax forzada a tres factores. Al revisar la trayectoria del instrumento, este nunca había sido sometido a esta medición, pero se hizo una definición teórica del constructo, y, al comparar las categorías, no hay una relación entre la versión anterior y esta. La agrupación final se definió en tres categorías denominadas: actitudes del hacer de enfermería, apertura a la comunicación (25, 26) enfermera(o)-paciente y disposición para la atención, que se sustentan en los soportes teóricos planteados para este estudio. A esta definición de las categorías se llegó luego de determinar los factores y su agrupación de ítems en la validez del constructo, a través de una revisión de la literatura, la definición de los autores y la categorización realizada en el estudio de Alvis *et al.* A partir de esta revisión, se concertaron las definiciones más asociadas a las agrupaciones de los ítems.

En cuanto a la confiabilidad, se calculó el alfa de Cronbach para medición de la consistencia interna, que arrojó una calificación de 0,96 (27), lo cual significa que la correlación de los ítems dentro del instrumento mide las mismas características, en este caso asociadas al fenómeno de la humanización, y plantea que el instrumento es confiable para su aplicación. Según George y Mallery (22), un nivel de fiabilidad con un valor superior a 0,9 se clasifica como excelente.

⁸ Estos datos fueron suministrados por los autores del instrumento PCHE, segunda versión.

Tabla 2. Definición de categorías y distribución de ítems del instrumento PCHE 3ª versión

DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS A PARTIR DE LA VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL INSTRUMENTO PCHE 3 VERSIÓN		
CATEGORÍA	DEFINICIÓN	ÍTEMS RELACIONADOS
Cualidades del hacer de enfermería	Se refiere a las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería que brinda cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera(o)-paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le hacen sentirse como una persona 2. Le tratan con amabilidad 6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted 7. Le hacen sentirse tranquilo(a), cuando están con usted 8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan 15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado 17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores
Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente	Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera(o)) a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el sujeto de cuidado (paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la transmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Le miran a los ojos, cuando le hablan 5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes 9. Le facilitan el diálogo 10. Le explican previamente los procedimientos 11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas 12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos 14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud 19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud
Disposición para la atención	Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado	<ol style="list-style-type: none"> 3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización 13. Le dedican el tiempo requerido para su atención 16. Le llaman por su nombre 18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal) 20. Le manifiestan que están pendientes de usted 21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento 22. Responden oportunamente a su llamado 23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual 24. Le escuchan atentamente 25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo 26. Le brindan un cuidado cálido y delicado 27. Le ayudan a manejar el dolor físico 28. Le demuestran que son responsables con su atención 29. Le respetan sus decisiones 30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar 31. Le respetan su intimidad 32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico

Fuente: Resultados del medición del constructo.

Conclusiones

Se determina que el instrumento PCHE, adaptado por Oscar J. González H., es válido y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios, y está disponible para la comunidad científica a nivel nacional e internacional. Además, se determinó que esta versión cuenta con una validez facial y de contenido, por tener un índice de aceptabilidad del 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por expertos, y de constructo a través de la medición de un análisis factorial exploratorio que generó tres categorías denominadas: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente y disposición para la atención, las cuales miden el constructo del instrumento Comportamientos de cuidado humanizado. Finalmente, se determinó que el instrumento PCHE, para su nueva versión, es confiable, ya que obtuvo un alfa de Cronbach de 0,96.

Recomendaciones

Durante el proceso de recolección de la muestra, algunos participantes requirieron el apoyo para el diligenciamiento del instrumento por su situación de salud o como requerimiento para su participación. Frente a esto, es importante que los investigadores interesados en el instrumento, tengan en cuenta estas realidades con los pacientes.

Otro aspecto que es relevante tener en cuenta en próximas aplicaciones del instrumento, es la adaptación a otros ámbitos no hospitalarios, esto permitirá una mejor apropiación del fenómeno de la humanización en los diferentes escenarios de la atención en salud.

Se sugiere que en futuras investigaciones que quieran hacer nuevas pruebas a este instrumento, se tome la muestra de varias

instituciones para tener una visión más amplia del mismo. Aunque el hecho de hacer las actuales pruebas en una sola institución no invalida los resultados del presente estudio, sí podría constituir una limitación en la aplicación de sus resultados en contextos diferentes.

Al reflexionar sobre el fenómeno de la humanización de la atención en general, se identifica la importancia de que los entes de vigilancia y control retomen la realidad de la humanización en las instituciones de salud y definan líneas de acción que lleven a la construcción de una Política Nacional de Atención Humanizada en el país, en dos direcciones: hacia el paciente y hacia el trabajador de la salud, para que en esa armonía se generen verdaderos ambientes sensibles a la realidad del otro.

Es importante que en los escenarios de la práctica, los colegas de enfermería hagan uso de este tipo de instrumentos que permiten ofrecer un espacio para la reflexión sobre el actuar de la disciplina en el día a día, y a los pacientes se les genera un momento de retroalimentación frente a la atención, que contribuye al crecimiento mutuo.

Agradecimientos

El logro de este estudio es la manifestación del esfuerzo, la perseverancia y la oración. Expreso mi agradecimiento a la profesora Beatriz Sánchez Herrera, quien fue la directora de la tesis de Maestría en Enfermería en la cual se adelantó este estudio. Al Programa para la Disminución de la Carga de la Enfermedad Crónica No Transmisible en Colombia, por su apoyo y patrocinio para el desarrollo del mismo. A la IPS Centro Policlínico del Olaya, que se interesó en aplicar este estudio con sus pacientes hospitalizados buscando tener día a día un cuidado más humanizado. Y a cada una de las personas que hicieron parte de este estudio.

Referencias

1. Collado R. Cuidado Espiritual, Labor del Profesional de Enfermería. Revista 360 [Internet]. 2010 [citado 2014 nov 1]; 5:1-3. Disponible en: <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>
2. Guillén Velasco RC. La connotación humana y cultural del cuidado. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2010 [citado 2015 jul 15]; 6(3). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0557.php>
3. Barbero López VM. Atributos del cuidado humanizado de enfermería en personal asistencial. Tesis de maestría. Universidad de Almería; 2014.
4. Martins JJ, Backes DS, Cardoso RS, Erdmann AL, De Albuquerque GL. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso del vivir humano. Rev Enferm [Internet]. 2008 [citado 2014 nov 4]; 16(2):276-81. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a22.pdf>
5. Barrios Sara, Paravic KT. Percepción de violencia de usuarios hospitalizados en los servicios clínicos de un hospital público de la región de la Araucanía - Chile. Ciencia y enfermería [Internet]. 2009 [citado 2014 nov 6]; 15(3):29-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000300005&lng=es.
6. Ceballos Vásquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc Enferm [Internet]. 2010 [citado 2014 Nov 5]; 16(1):31-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es.
7. Pereira A, Souza Da Silva R, De Camargo CL, Ribeiro De Oliveira RC. Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. Enfermería Global [Internet]. 2012 [citado 2014 nov 4]; 25. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.1.143161>
8. Muñoz Hernández Y, Coral Ibarra R, Moreno Prieto D, Pinilla Pinto D, Suárez Rodríguez Y. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Repert med cir [Internet]. 2009 [citado 2014 nov 7]; 18(4):246-250. Disponible en: <http://repertorio.fucsalud.edu.co/pdf/vol18-04-2009/7-SIGNIFICADO.pdf>
9. Poblete TM, Valenzuela SS. Cuidado Humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007 [citado 2014 nov 5]; 20(4):499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
10. Fujita N. *et al.* Humanised care and a change in practice in a hospital in Benin. Midwifery [Internet]. 2012 [citado 2014 nov 10]; 28:481-488. Disponible en: http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unal.edu.co/S0266613811000970/1-s2.0-S0266613811000970-main.pdf?_tid=2f18ee02-6f8b-11e4-ac6d-0000aab0f26&acdnat=1416360611_4eaf94434b482c5e8f1f2d1577b8cb87
11. Romero E, Contreras I, Pérez Y, Moncada A, Jiménez V. Cuidado humanizado en pacientes hospitalizados. Revista Ciencias Biomédicas [Internet]. 2013 [citado 2015 julio 16]; 4(1). Disponible en: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciabiomed/article/download/252/197>
12. Moreno M, Alvis T, Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado humanizado en un servicio de hospitalización. En: Grupo de Cuidado. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblios; 2012. p. 210.
13. Gómez Ramírez OJ, Gutiérrez de Reales E. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011. p. 141.
14. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2011. p. 407.
15. Rivera LN, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. Av Enferm [Internet]. 2007 [citado 2014 nov 4]; XXV(1):56-68. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf
16. Reina N, Vargas E. Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado". Av Enferm [Internet]. 2008 [citado 2014 nov 5]; XXVI(2):71-79. Disponible: <http://www.bdigital.unal.edu.co/17283/1/12900-34619-1-PB.pdf>

17. Barón Díaz LY. Confiabilidad y validez de constructo del instrumento "Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas que viven una situación de enfermedad crónica". Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia; 2010.
18. Vargas PC, Hernández LM. Validez y confiabilidad del cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto". *Av Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2014 nov 5]; XXVIII(1):96-106. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n1/v28n1a10.pdf>
19. Virla MQ. Confiabilidad y coeficiente alpha de Cronbach. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales* [Internet]. 2010 [citado 2014 nov 6]; 12(2):248-252. Disponible en: <http://www.urbe.edu/publicaciones/telos/ediciones/pdf/vol-12-2/nota-2.PDF>
20. Campo Arias A, Oviedo H. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2008 [citado 2014 nov 10]; 10(5):831-839. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf>
21. Frías Navarro D, Soler MP. Prácticas del análisis factorial exploratorio (AFE) en la investigación sobre conducta del consumidor y marketing. *Suma Psicológica* [Internet]. 2012 [citado 2014 nov 12]; 19:1:47-58. Disponible en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/1141/707>
22. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Saint Navar* [Internet]. 2011 [citado 2014 nov 11]; 34(1):63-72. Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision1.pdf
23. Camargo IL, Caro CV. Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencia para la cualificación profesional. Provincia de Coclé, Panamá. *Av Enferm* [Internet]. 2009 [citado 2014 nov 13]; XXVII(1):48-59. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_6.pdf
24. Tristán López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición* [Internet]. 2008 [citado 2014 nov 14]; 6:37-48. Disponible en: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/8413/8574/6036/Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf
25. Medina AP. El impacto de la comunicación interpersonal en la motivación del personal hospitalario. *Revista Universidad y Salud* [Internet]. 2010 [citado 2014 nov 14]; 12(1):110-119. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100013&lng=en.
26. Gausvik C, Lautar A, Miller L, Pallerla H, Schlaudecker J. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* [Internet]. 2015 [citado 2015 feb 5]; 8:33-37. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25609978>
27. Cruz Orduna I, Aguera Ortiz LF, Montorio Cerrato I, León Salas B, Valle de Juan MC, Martínez Martín P. Fiabilidad y validez de la batería de evaluación del deterioro grave, versión abreviada (SIB-s), en pacientes con demencia en España. *Revista de Neurología* [Internet]. 2015 [citado 2015 feb 5]; 60(1):1-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25522858>