

# Validez y confiabilidad de una escala de cuidado profesional en español

Validade e confiabilidade de uma escala de cuidado profissional em espanhol

Validity and reliability of a caring professional scale in spanish

• Lucy Marcela Vesga Gualdrón<sup>1</sup> • Carmen Helena Ruiz de Cárdenas<sup>2</sup> •

•1• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal. Enfermera, Clínica del Country, Sala de Partos. Bogotá, Colombia. E-mail: lmvesgag@unaledu.co

•2• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Recibido: 24/07/2014 Aprobado: 14/03/2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.44488>



## Resumen

La Escala de Cuidado Profesional es derivada de la *Caring Professional Scale* (CPS) de la Dra. Swanson y permite la medición del cuidado en un ambiente ambulatorio y hospitalario.

**Objetivo:** Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional versión en español, año 2011, en la atención ofrecida a las mujeres gestantes en una localidad de la ciudad de Bogotá, Colombia.

**Metodología:** Estudio metodológico en el que se aplicaron pruebas para la Validez Facial con una muestra heterogénea de 471 mujeres con un nivel académico bajo. La Validez de Contenido fue realizada por un panel de 11 enfermeras expertas, quienes juzgaron la importancia de los ítems; y la Validez de Constructo y Confiabilidad, con una muestra de 150 mujeres gestantes que acudían al control prenatal.

**Resultados:** La comprensibilidad bruta superó el 94%. Reveló una Validez de Contenido con un Índice de Validez de Contenido Global de 0,893. Mostró un *Alfa de Cronbach* de 0,907. El constructo reconoció en su estructura teórica dos factores: *Sanador compasivo* y *Sanador competente*.

**Conclusión:** La escala es altamente comprensible, con gran validez de contenido de acuerdo al criterio de expertos y con un alto nivel de confiabilidad; además, mide el constructo de cuidado profesional.

**Descriptores:** Atención de Enfermería; Enfermería Obstétrica; Investigación Metodológica en Enfermería (fuente: DECS BIREME).

## Resumo

A *Escala de Cuidado Profissional* é derivada da *Caring Professional Scale* (CPS) da Dr. Swanson e permite a medição do atendimento ambulatorial e hospitalar.

**Objetivo:** Determinar a validade e a confiabilidade da Escala de Cuidados Profissionais, versão em espanhol, 2011, no cuidado oferecido a mulheres grávidas em uma localidade da cidade de Bogotá, Colômbia.

**Metodologia:** Estudo metodológico, onde os testes de Validade Facial fora, aplicados a uma amostra heterogênea de 471 mulheres com um nível acadêmico baixo. A validade de conteúdo foi realizada por um painel de 11 enfermeiros especialistas, que julgaram a importância dos itens; e a validade de constructo e confiabilidade, com uma amostra de 150 mulheres grávidas que frequentavam o pré-natal.

**Resultados:** A compreensibilidade bruta ultrapassou 94%. Ela revelou um índice de Validade de Conteúdo Global de 0,893. Mostrou um *Alfa de Cronbach* de 0,907. A construção de sua estrutura teórica reconhece dois fatores: *Curador compassivo* e *Curador eficiente*.

**Conclusão:** A escala é altamente compreensível, com grande validade de conteúdo de acordo com o parecer de peritos e um alto nível de confiabilidade, além disso, mede a construção do cuidado profissional.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Obstétrica; Pesquisa Metodológica em Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

## Abstract

The *Escala de Cuidado Profesional* resulted from the *Caring Professional Scale* (CPS) of Dr. Swanson and it allows the measurement of ambulatory care and hospital environment

**Objective:** To determine the validity and reliability of the Professional Care Scale-Spanish version, 2011, in the care offered to pregnant women in a locality of Bogota city, Colombia.

**Methodology:** Methodological study where tests for Facial Validity were applied to a heterogeneous sample of 471 women with low academic level. Content Validity was conducted by a panel of 11 expert nurses, who judged the importance of the items. Construct Validity and Reliability was made with a sample of 150 pregnant women attending prenatal care.

**Results:** Gross understandability exceeded 94%. The scale revealed a global content validity with a content validity index of 0.893. The scale obtained a Cronbach's Alpha of 0.907. The construct recognizes two factors in its theoretical structure: *Compassionate healer* and *Proficient healer*.

**Conclusion:** The scale is highly understandable, with great content validity according to expert judgment and a high level of reliability. Moreover, it measures the construct of professional care.

**Descriptors:** Nursing Care; Obstetric Nursing; Nursing Methodology Research (source: DECS BIREME).

## Introducción

El control prenatal es una estrategia que ha mostrado beneficios en la salud materna y perinatal (1-3). Con el paso del tiempo, las investigaciones han centrado su atención en la importancia del cumplimiento de protocolos y se han modificado las conductas de atención (4-7). Sin embargo, la baja adherencia a esta práctica ha permitido identificar aspectos distintos a la competencia y habilidades cognitivas de los prestadores de salud como altamente influyentes en la asistencia y satisfacción de las madres. Entre estos aspectos, se encuentran la comprensión cultural de las mujeres y su influencia en los cuidados durante la gestación (8, 9), el cuidado humano (10, 11) y la comprensión de la experiencia y las necesidades reales (12).

Puede decirse que a partir de investigaciones predominantemente cualitativas se ha identificado que las madres se sienten criticadas por los prestadores de salud, que se establece una comunicación inefectiva y que creen ser atendidas sin interés en su condición particular, señalando la importancia y la necesidad de la continuidad del cuidador en la atención prenatal (13-16).

En contraste, investigaciones que estudian el significado que tiene para los prestadores de salud el cuidado materno perinatal muestran que se percibe como un escenario técnico, una oportunidad de interacción/satisfacción y como una preocupación por lograr franquear las barreras que impone el sistema para brindar atención de buena calidad a las gestantes (17). Lo anterior permite identificar dos componentes trascendentales en la prestación del cuidado materno perinatal, pues se consideran muy importantes aspectos de calificación cognitiva y habilidades procedimentales, pero de manera equivalente las habilidades de ofrecer cuidado humanizado.

La motivación de medir la percepción que tienen las madres gestantes de la atención prenatal, lejos de evaluar condiciones de infraestructura y accesibilidad que se encuentran fuera del perímetro de acción de las enfermeras que ofrecen el cuidado real en nuestro país, orientó a la revisión de algunas escalas de medición objetiva en español (18-20). Entre ellas, se contemplaron escalas de

cuidado humanizado, de conducta ética del cuidado, de satisfacción con el cuidado y de cuidado profesional. El análisis detallado de cada instrumento permitió ver que la Escala de Cuidado Profesional (ECP) está construida por dos dimensiones: el *Sanador competente*, que valora las habilidades cognitivas del prestador de la atención; y el *Sanador compasivo*, que evalúa la capacidad de ofrecer cuidado humanizado (20).

Es una escala que soporta la teoría de mediano rango *Teoría de los cuidados* y que además fue derivada de una exhaustiva revisión de la literatura que contempló comportamientos considerados previamente por autores como Wolf, Gardner, Mayer y Larson (21). Fue presentada como un inventario de comportamientos de cuidado (22) que años más tarde se sometió a un proceso de traducción al español y adaptación transcultural al contexto colombiano (20), pero que carecía de pruebas de validez y confiabilidad.

Las propiedades psicométricas de la versión original, el detallado proceso de construcción, las dos dimensiones que componen el constructo y la rigurosa adaptación al contexto colombiano inspiraron el objetivo de esta investigación, que presenta a la comunidad científica el proceso metodológico mediante el cual se provee de propiedades métricas óptimas a la Escala de Cuidado Profesional, versión en español.

## Metodología

Esta investigación se desarrolló con un diseño metodológico y empleó pruebas para la Validez Facial, de Contenido, Constructo y Consistencia Interna (23). Para realizar la Validez de Contenido, se empleó la prueba conocida como *Prueba de expertos*, con la cual los panelistas realizaron una evaluación de acuerdo con el modelo definido por Lawshe y modificado por Tristán (24) que valoró cada ítem en tres categorías: *Esencial*, *Útil pero no esencial* y *No necesario*. Se contó con el concepto de 11 expertas, se realizaron los ajustes sugeridos por las expertas y se procedió a refinar la Validez Facial. Para ello, se empleó una muestra de 471 mujeres (confianza del 97% y error del 5%), las cuales fueron abordadas en un centro de reclusión carcelario y en colegios de bachillerato. La muestra fue seleccionada procurando el menor nivel académico y socioeconómico.

Así mismo, se midió la comprensibilidad de los ítems. Los criterios de inclusión para esta fase de la investigación fueron ser mujer y saber leer y escribir en idioma español. Los resultados mostraron baja comprensión de los ítems 2, 11 y 12. Por consiguiente, se calculó una nueva muestra de 104 mujeres de las mismas características para evaluar la comprensibilidad de estas preguntas luego de algunos cambios semánticos. Una vez se dispuso de una escala con un contenido apropiado y una fácil comprensión de cada pregunta, se aplicó a 150 mujeres gestantes.

Por otra parte, se tuvo en cuenta la recomendación de encontrar un número que se encontrara dentro del rango recomendado, definido entre 5 y 20 participantes por el número de ítems del cuestionario validado (25). Se seleccionó el punto intermedio de 10 participantes por cada ítem de la escala. Luego, se realizó una aplicación de la escala con una opción de respuesta dicotómica de Sí o No, de acuerdo con la adaptación transcultural y semántica realizada en el 2011 a la Escala de Cuidado Profesional (20).

Se recogió una muestra de 150 mujeres gestantes y se aplicó el Análisis Factorial mediante la extracción de componentes principales, cuyos resultados reflejaban datos muy uniformes que no permitían identificar el constructo de la escala. En este sentido, 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 cuál era la mejor opción para responder la escala, motivo por el cual cambió la forma original de respuesta.

Se realizó una segunda aplicación de la escala en una nueva muestra de 150 mujeres gestantes que acudían a su control prenatal, 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*. Los criterios de inclusión fueron ser mujer gestante sin importar su edad cronológica, gestacional o su paridad, acudir al control prenatal por enfermería en el primer semestre del año 2013 en la localidad de Engativá en la ciudad de Bogotá y saber leer y escribir en idioma español. El criterio de exclusión general empleado para la investigación fue presentar discapacidad mental o cognitiva. Ante la sospecha de esta situación, se dispuso de una escala para realizar el diagnóstico y excluir la participante.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y la del Hospital de Engativá. Todas las participantes expresaron su consentimiento o asentimiento informado y se contemplaron los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia contemplados en la Resolución 008430 de 1993 emitida por el Ministerio de Salud.

## Resultados

La Tabla 1 muestra las herramientas empleadas para el análisis de la Validez y Confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional.

**Tabla 1.** Herramientas empleadas para el análisis de la investigación

Evidencia de validez	Pruebas empleadas
Validez de Contenido	Índice de Lawshe modificado Concordancia entre expertos: Kappa de Fleiss
Validez Facial	Análisis de Comprensibilidad
Validez de Constructo	Análisis Factorial
Confiabilidad: Consistencia Interna	Alfa de Cronbach

**Fuente:** Datos de la investigación.

La validez de contenido se refiere a que los aspectos que se miden en la escala se relacionen directamente con el concepto de cuidado profesional (25). Se determinó a través de la prueba de expertos y participaron 11 expertas de áreas diversas del cuidado incluido el cuidado materno perinatal. Esta selección obedeció a que la escala original está diseñada para evaluar la relación de cuidado profesional-paciente en cualquier contexto donde se establezca. El número nutrido de convocadas fue una medida para asegurar la pluralidad de criterio. Las panelistas escogidas tenían formación académica universitaria, en especialización, en maestría y en doctorado. Las expertas que poseen formación universitaria son enfermeras clínicas con más de 20 años de experiencia en instituciones reconocidas por su desempeño.

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 acuerdo entre

las expertas que efectuaron una evaluación categórica de la escala (26). Ésta es una medida importante que disminuye el error de medición, que en la mayoría de los casos es producto de la variabilidad interobservador, cuya magnitud es posible de estimar a través de los llamados *estudios de concordancia*, los cuales se emplean para estimar hasta qué punto dos o varios observadores coinciden en su medición (26).

De acuerdo con lo expuesto por Landis y Koch en 1977 respecto a la interpretación de los valores del *Coefficiente de Kappa* encontrados en el presente análisis, se consideró una fuerza de concordancia interevaluador *moderada*, esto es: de 0,41 a 0,60 (26, 27). En concordancia con 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 de acuerdo 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, el cual sólo fue atendido por 10 de las

11 expertas que conformaron el panel de expertos inicial. Una vez captadas las respuestas, se procedió a realizar un nuevo cálculo del *Coefficiente de Kappa*, que en efecto mejoró el valor, pero sigue reflejando una fuerza de concordancia moderada (0,4604). Verificada la fuerza del acuerdo de los evaluadores, se realizó el cálculo del Índice de Validez de Contenido de Lawshe, modificado por Tristán.

Se logra una alta validez de contenido cuando se consigue un Índice de Validez de Contenido Global (ivcg) de 0,80 (24, 28). La escala reveló 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 verse el análisis de cada ítem en la Tabla 2. Cabe aclarar que sólo el ítem 2 no alcanzó un valor aceptable de Validez de Contenido, el cual establece en el modelo de Lawshe modificado por Tristán el valor mínimo como 0,5823 (24, 28).

**Tabla 2.** Análisis para la Validez de Contenido: *Kappa de Fleiss* e *Índice de Lawshe*

Ítem de la escala	Kappa con 11 evaluadores	Kappa con 10 evaluadores	Índice de Validez de contenido de Lawshe
1. ¿La hizo sentir bien?	0,8182	0,8	0,9
2. ¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?	0,4545	0,4667	0,5
3. ¿La escuchó con atención?	1	1	1
4. ¿Le permitió expresar sus sentimientos?	1	1	1
5. ¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?	0,5636	1	1
6. ¿La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?	0,4545	1	1
7. ¿Fue respetuosa con usted?	1	1	1
8. ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	0,4909	0,8	0,8
9. ¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	0,6727	1	1
10. ¿Le brindó ayuda y colaboración?	0,8182	0,8	0,9
11. ¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?	0,8182	0,8	0,9
12. ¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	0,5273	1	1
13. ¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	0,8182	0,8	0,9
14. ¿Fue amable con usted?	0,6727	0,6444	0,8
15. ¿La trató como persona?	0,5636	0,6444	0,7
<b>Escala</b>	<b>0,4156</b>	<b>0,4604</b>	<b>0,8933</b>

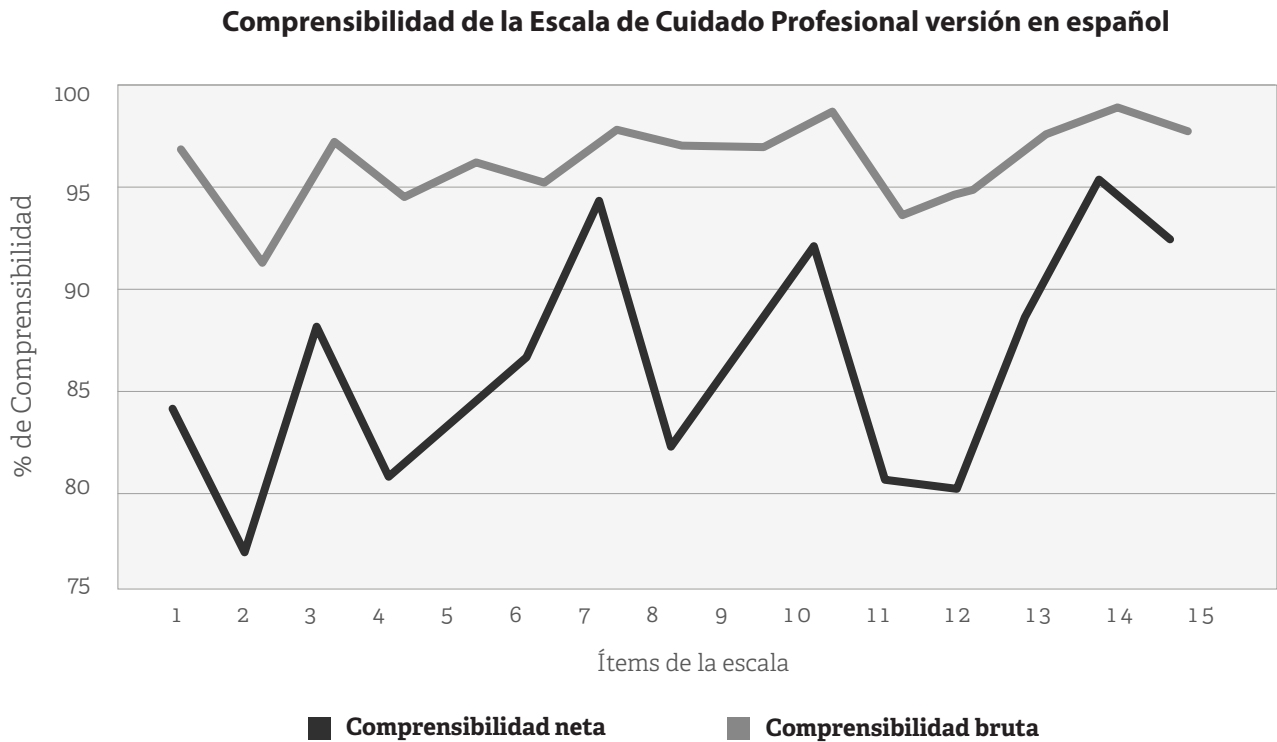
**Fuente:** Datos de la investigación.

### Validez Facial

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. La *comprensibilidad bruta* fue entendida con el porcentaje de participantes que *comprendían poco o completamente* el enunciado del ítem. En la Figura 1 pueden observarse los resultados de la comprensibilidad expresados porcentualmente.

**Figura 1.** Comprensibilidad de la Escala de Cuidado Profesional, versión en español, 2011



**Fuente:** Datos de la investigación.

Como puede observarse, la *comprensibilidad neta* muestra dificultades de comprensión de los ítems 2, 11 y 12 que se encuentran muy cerca del 80% de comprensibilidad, nivel establecido como mínimo, obediendo al mayor rigor para concluir una adecuada comprensibilidad de la pregunta. Se encontró en las observaciones que en el ítem 2 la palabra *optimista* se convierte en causa de incomprensión. Como en los ítems 11 y 12 las participantes referían no comprender la expresión *control prenatal*, fue necesario ajustar el fraseo de estos tres ítems.

Realizado el ajuste, se calculó una nueva muestra de participantes para realizar una nueva valoración de la comprensión de los ítems ajustados, esperando un

nivel de comprensibilidad superior al 95%, con 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, que se abordaron en Bogotá y el departamento del Santander, los dos lugares reportados de mayor procedencia en la prueba que antecedió. Los resultados finales se presentan en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Comprensibilidad de los ítems de la escala

Ítems	Neta	Bruta
1. ¿La hizo sentir bien?	84,5	96,6
2. ¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?	75,96	95,19
3. ¿La escuchó con atención?	88,5	97,2
4. ¿Le permitió expresar sus sentimientos?	80,9	94,7
5. ¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?	83,9	96,2
6. ¿La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?	86,8	95,1
7. ¿Fue respetuosa con usted?	94,3	97,9
8. ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	82,4	97,2
9. ¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	87,5	97,2
10. ¿Le brindó ayuda y colaboración?	92,1	98,7
11. ¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?	89,4	97,1
12. ¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	86,54	97,12
13. ¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	89	97,7
14. ¿Fue amable con usted?	95,3	98,9
15. ¿La trató como persona?	92,4	97,9

Fuente: Datos de la investigación.

### Validez de Constructo

En primer lugar, se emplearon las pruebas de adecuación muestral de la matriz de datos *Kaiser Meyer Okin* (medida de la adecuación muestral) y *Bartlett* (prueba de esfericidad). En este caso la *KOM* indicó que las variables miden factores comunes, dado que el índice es superior a 0,847. La prueba de esfericidad de *Bartlett* arrojó un *p* valor de 0,000, por lo que permitió continuar con el análisis factorial (29). Luego, se procedió a aplicar el modelo de Análisis Factorial con extracción de componentes principales y se aplicó rotación de factores con el método *Varimax*, por las bondades en la claridad y generalización de los resultados (29). Se encontraron cuatro factores con autovalores superiores a 1, pero la gráfica de sedimentación mostró el punto de inflexión en dos factores (29) con lo que se puede explicar cerca del 56% del constructo subyacente.

Se observó una asociación de siete ítems en un factor y otro compuesto de los ocho restantes (ver Tabla 4). Para esta aplicación de la Escala de Cuidado Profesional con respuesta de cuatro opciones, puede verse que en el constructo yacen dos conceptos o dimensiones: *Sanador compasivo* y *Sanador competente* (ver Tabla 4).

### Confiabilidad

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. Cuanto más cerca se encuentre el valor del Alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados (30). La consistencia interna de la Escala de Cuidado Profesional para la mujer gestante es de 0,907. En la Tabla 4 se presenta el valor del *Alfa de Cronbach* en cada una de las subescalas.

**Tabla 4.** Escala de Cuidado Profesional con pruebas de validez y confiabilidad

Sanador compasivo (Alfa de Cronbach: 0,852)					
Ítem	Carga factorial	Nunca	Algunas veces sí, algunas no	La mayoría de veces	Siempre
1. ¿La hizo sentir bien?	0,651	1	2	3	4
2. ¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?	0,739	1	2	3	4
3. ¿La escuchó con atención?	0,659	1	2	3	4
4. ¿Le permitió expresar sus sentimientos?	0,769	1	2	3	4
5. ¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?	0,581	1	2	3	4
6. ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	0,690	1	2	3	4
7. ¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?	0,607	1	2	3	4
Sanador competente (Alfa de Cronbach: 0,859)					
8. ¿La animó para que se siga cuidando durante el embarazo?	0,833	1	2	3	4
9. ¿Fue respetuosa con usted?	0,807	1	2	3	4
10. ¿Le brindó ayuda y colaboración?	0,571	1	2	3	4
11. ¿Le realizó correctamente el control de su embarazo?	0,434	1	2	3	4
12. ¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?	0,639	1	2	3	4
13. ¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	0,632	1	2	3	4
14. ¿Fue amable con usted?	0,886	1	2	3	4
15. ¿La trató como persona?	0,467	1	2	3	4

Fuente: Datos de la investigación.

### Interpretación

A continuación se describe sintéticamente la interpretación de la escala según el puntaje obtenido:

- *Menor de 23 puntos.* El cuidado profesional será considerado *deficiente*. El trato a los pacientes es con frialdad, como

una “molestia”, lo que lleva a creer que el profesional no ofrece una atención ni comprende al paciente y su situación.

- *De 23 a 37 puntos.* El cuidado profesional será considerado *regular*. Se define como “neutral”. La atención es básicamente apática o individual, no de persona a persona. La vida o los niveles de energía no mejoran ni son disminuidos.
- *De 38 a 51 puntos.* El cuidado profesional será considerado *bueno*. La atención es caracterizada como benevolente, amable y preocupada. El resultado de este encuentro es que los niveles de energía son sostenidos o aumentados.
- *De 52 a 60 puntos.* El cuidado profesional será considerado *excelente*. Implica 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 espiritual (25).

## Discusión

En las pruebas métricas aplicadas se modificaron siete de los quince 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 estos resultados no pueden considerarse meramente como una adaptación de la versión en inglés, sino como una escala derivada de la escala de autoría de la Dra. Swanson, que mide el cuidado profesional en el contexto cultural colombiano. Sin embargo, debe recordarse que el rigor empleado en la adaptación transcultural garantiza que la versión en español mantiene la misma teoría.

Si se observa la versión original, es un inventario de comportamientos 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, que evalúa cualquier relación de cuidado que se establezca. De igual modo, debe contemplarse que la subescala *Sanador compasivo* en la escala original presenta ocho ítems y la subescala *Sanador competente* presenta 7, situación contraria a la de la versión en español. En segundo lugar, las coincidencias de los ítems son de cuatro ítems en cada subescala.

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*), sólo se cuestiona el lugar en el que se ubica el ítem 9. Éste tiene un contenido teórico que apunta a agruparse con los ítems de la subescala *Sanador competente*, pero estadísticamente se ubica en la subescala *Sanador compasivo*, mostrando una carga factorial que supera el 0,6. De la 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, pero 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, así como recordarse que la adaptación transcultural por la que ya pasó esta escala fue un proceso riguroso (20). Éste 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, pero no como la mera disposición a facilitar su bienestar durante la atención ofrecida. A pesar de estas diferencias, se considera que la versión en español de la escala, que cuenta con Validez Facial, Validez de Contenido, de Constructo y Pruebas de Confiabilidad, mide de manera consistente el constructo *Cuidado profesional* y reconoce que este constructo está integrado por dos dimensiones. Se enfatiza 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.

## Conclusiones

La Escala de Cuidado Profesional (ECP) derivada de la CPS es una escala con propiedades métricas, provista de las cualidades necesarias para ser empleada en futuras investigaciones en cualquier contexto de cuidado. Es un instrumento que puede ser usado con personas hospitalizadas o en el cuidado ambulatorio. Ha sido sometido, mediante la realización de una rigurosa investigación, a las pruebas de Validez y Confiabilidad



que se requieren 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 ítems de la escalas, los cuales son altamente comprensibles.

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 ítems que integra la escala. La escala reveló una alta Validez de Contenido con un Índice de Validez de Contenido Global de 0,893. Además, mostró una consistencia interna excelente de un *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.

## Referencias

- (1) Martins MF. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - uma reflexão. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):1008-1012.
- (2) Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, Gama SG, Filha MM, Costa JV. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(Suppl 1):85-100.
- (3) Liu CM, Chang SD, Cheng PJ. Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: implications for continuity and discontinuity of prenatal care. *Taiwan J Obstet Gynecol* [serial on the Internet]. 2012 Dec [access: 2014 Jan 15];51(4):576-582. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2012.09.013>
- (4) Baptista RS, Dutra MO, Coura AS, Stélio F. Prenatal care: essential actions developed by nurses. *Enferm Glob.* 2015;14(40):128-142.
- (5) Corrêa MD, Tsunehiro MA, Lima MO, Bonadio IC. Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2014 Dec 15];48(Spe 1):23-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600004>
- (6) Saavedra JS, Cesar JA. Use of different criteria to assess inadequate prenatal care: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2015 May [access: 2015 Sep 18];31(5):1003-1014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0201-311X00085014>
- (7) Jiménez s, Pentón RJ. Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados. *Clin Invest Gin Obst.* 2015;42(1):2-6.
- (8) Alves CN, Wilhelm LA, Barreto CN, Santos CC, Meincke SM, Ressel LB. Prenatal care and culture: an interface in nursing practice. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2015 Sep 18];19(2):265-271. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150035>
- (9) Santa Rosa PL, Hoga LA, Reis-Queiroz J. "Not worth doing prenatal care": an ethnographic study of a low-income community. *Invest Educ Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2015 Dec 11];33(2):288-296. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26535849>
- (10) Hernández-Betancur AM, Vásquez-Truissi ML. El cuidado de enfermería comprometido: motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Rev Univ Salud.* 2015;17(1):80-96.
- (11) Jenkins MG, Ford JB, Todd AL, Forsyth R, Morris JM, Roberts CL. Women's views about maternity care: how do women conceptualise the process of continuity? *Midwifery* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2015 Dec 11];31(1):25-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24861672>
- (12) Oliveira DC, Mandú EN. Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2015 Dec 11];19(1):93-101. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150013>
- (13) Duarte SJ, Andrade SM, Mamede MV. Maternal decision on obtaining prenatal care: a study in Brazil. *Midwifery.* 2011 Apr;27:160-164.
- (14) Sunil TS, Spears WD, Hook L, Castillo J, Torres C. Initiation of and barriers to prenatal care use among low-income women in San Antonio, Texas. *Matern Child Health J.* 2010 Jan;14(1):133-140.

- (15) Mckinnon LC, Prosser SJ, Miller YD. What women want: qualitative analysis of consumer evaluations of maternity care in Queensland, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* [serial on the Internet]. 2014 Oct [access: 2015 Sep 18];14:366. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25344778>
- (16) Huaman LS, Blumenthal PD, Sarnquist CC. Factors influencing women's decision to seek antenatal care in the Andes of Peru. *Matern Child Health J*. 2013 Aug;17(6):1112-1118.
- (17) Cáceres-Manrique FM, Ruiz-Rodríguez M, Hernández-Quirama A. La atención prenatal: una mirada desde los profesionales de la salud. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2015;66(2):103-109.
- (18) Poblete-Troncoso MC, Valenzuela-Suazo SV, Merino JM. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan*. 2012;12(1):8-21.
- (19) Rodríguez-Gázquez MÁ, Arredondo-Holguín E, Pulgarín-Bilvao LP. Validación de una escala de satisfacción con el cuidado nocturno de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2012;28(3):218-227.
- (20) Posada-Morales MN, Ruiz CH. Adecuación semántica de la Escala de Cuidado Profesional (CPS). *Aquichan*. 2013;13(1):104-117.
- (21) Swanson KM. What is know about caring in nursing science: a literary meta-analysis. In: Hinshaw AD, Feetham SL, Shaver JL (editors). *Handbook of clinical nursing research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 1999. pp. 31-56.
- (22) Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York: Spring Publishing Company; 2002.
- (23) Montero E. Referentes conceptuales y metodológicos sobre la noción moderna de validez de instrumentos de medición: implicaciones para el caso de personas con necesidades educativas especiales. *Actual Psicol*. 2013;27(114):113-128.
- (24) Urrutia MU, Barrios S, Gutiérrez M, Mayorga M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educ Med Super*. 2014;28(3):547-558.
- (25) Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista MP. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México D.F.: McGraw-Hill 2014.
- (26) Czodrowski P. Count on kappa. *J Comput Aided Mol Des*. 2014 Nov;28(11):1049-1055.
- (27) Kvålseth RO. Measurement of interobserver disagreement: correction of Cohen's Kappa for negative values. *J Probab Stat*. 2015;2015(1):1-8.
- (28) Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicol*. 2013;10(2):3-18.
- (29) Campo-Arias A, Herazo E, Oviedo HC. Análisis de factores: fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. *Rev Colomb Psiquiat* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 11 dic 2015];41(3):659-671. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60036-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60036-6)
- (30) Bonett DG, Wright TA. Cronbach's alpha reliability: interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. *J Organiz Behav*. 2015;36(1):3-15.