

Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson

RESUMEN

Objetivo: validar *Caring Efficacy Scale* y *Nyberg's Caring Assessment*, elementos basados en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano que se fundamenta en los aspectos humanos y éticos del cuidado. **Método:** los instrumentos fueron validados en una muestra de 360 enfermeras chilenas. Los coeficientes de alfa de Cronbach fueron de 0,76 para *Caring Efficacy Scale*, y de 0,82 para el *Nyberg's Caring Assessment*. En cuanto a la validez de constructo ambos instrumentos se correlacionan positiva y significativamente. **Resultados:** se pondera la divergencia como estrategia de esta validez en ambos instrumentos y se utiliza una subescala que evalúa la falta de empatía con el sufrimiento del otro. **Conclusión:** la validación de estas escalas es un aporte al cuidado humano transpersonal, para conocer el significado que las enfermeras le otorgan, y cuán eficaces se sienten, así como remediar aspectos deficitarios en la enseñanza y práctica del cuidado.

PALABRAS CLAVE

Estudios de validación, teoría, cuidado de enfermería. (Fuente: DeCs, Bireme).

Validation of Two Scales Used to Measure Transpersonal Human Caring, Based on Jean Watson's Theory

ABSTRACT

Objective: Validate the *Caring Efficacy Scale* and *Nyberg's Caring Assessment*. Both these elements are based on the Theory of Transpersonal Human Caring, which is founded on the humanistic and ethical aspects of care. **Method:** These scales were validated in a sample

1 Doctor en Enfermería. Universidad Católica del Maule, Chile. mpoblete@ucm.cl

2 Doctor en Enfermería. Universidad de Concepción, Chile. svalenzu@udec.cl

3 Doctor en Sociología. Universidad de Concepción, Chile. jmerino@udec.cl

comprised of 360 Chilean nurses. Cronbach's alpha was 0.76 for the Caring Efficacy Scale and 0.82 for Nyberg's Caring Assessment. In terms of construct validity, both instruments are correlated positively and significantly. **Results:** Divergence is weighted as a strategy or approach to this validity in both instruments, and a subscale was used to evaluate lack of empathy with the suffering of others. **Conclusion:** The validation of these scales is a contribution to transpersonal human caring in terms of knowing the significance nurses give to it and how effective they feel, as well as to remedy shortcomings in the teaching and practice of human care.

KEY WORDS

Validation studies, theory, and nursing care (Source: DeCs, Bireme).

Validação de duas escalas utilizadas na medição do cuidado humano transpessoal baseadas na Teoria de Jean Watson

RESUMO

Objetivo: validar *Caring Efficacy Scale* e *Nyberg's Caring Assessment*, elementos baseados na Teoria Transpessoal do Cuidado Humano que se fundamenta nos aspectos humanos e éticos do cuidado. **Método:** os instrumentos foram validados em uma amostra de 360 enfermeiras chilenas. Os coeficientes de alfa de Cronbach foram de 0,76 para *Caring Efficacy Scale*, e de 0,82 para o *Nyberg's Caring Assessment*. Quanto à validade de construto, ambos os instrumentos se correlacionam positiva e significativamente. **Resultados:** considera-se divergência como estratégia desta validade em ambos os instrumentos e se utiliza uma subescala que avalia a falta de empatia com o sofrimento do outro. **Conclusão:** a validação dessas escalas é uma contribuição para o cuidado humano transpessoal, para conhecer o significado que as enfermeiras lhe outorgam, e quão eficazes se sentem, assim como remediar aspectos deficientes no ensino e prática do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE

Estudos de validação, teoria, cuidado de enfermagem (Fonte: DeCs, Bireme).

Introducción

Los instrumentos son importantes para el investigador, ya sea para la obtención de datos o para acercarse al fenómeno y extraer de ellos información. En enfermería, el cuidado se ha convertido en el centro de la praxis, y evaluar que estos cuidados sean humanizados beneficia a los profesionales de enfermería y a los usuarios, mejorando la calidad de estos en los servicios de salud.

En Chile, como en Latinoamérica, existen escasos instrumentos para evaluar el constructo de “cuidado”, de ahí la importancia de este trabajo al identificar instrumentos confiables y validados en el espacio latinoamericano.

El presente estudio aborda la experiencia de validar instrumentos, en particular escalas del cuidado humano basadas en una teoría de enfermería con énfasis en los aspectos filosóficos y éticos involucrados en el acto de cuidar, como es la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Watson (1, 2, 3). Se destaca que estos instrumentos fueron validados por los autores como parte de una investigación cuyo objetivo era evaluar la influencia institucional en la percepción de autoeficacia para otorgar un cuidado transpersonal en grupos de enfermeras académicas y asistenciales chilenas.

Los instrumentos validados fueron el Caring Efficacy Scale (CES) (4) y el Nyberg´s Caring Assessment (NCA) (5), seleccionados por ser aplicables en diversos ámbitos del quehacer en el que se desarrolla la profesión de enfermería.

El Caring Efficacy Scale fue desarrollado por Carolie Coates (4) para la medición y evaluación de programas de formación de enfermeras en la Universidad de Colorado, Estados Unidos, en 1992. El objetivo era evaluar la percepción de autoeficacia que tiene la enfermera/o para otorgar cuidados y relacionarse con sus pacientes como resultado de la aplicación del programa curricular basado en la Teoría de Autoeficacia de Bandura y en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Watson (4, 6, 7); se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,88 (4).

La autoeficacia percibida se define como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (7). Para Bandura la autoeficacia, además de ser un mecanismo predictivo de la conducta futura, influye so-

bre la misma, es decir, hace a la persona productora de su propio comportamiento. La importancia de relacionar ambas teorías en el instrumento permite determinar la capacidad percibida por enfermeras/os de expresar cuidados humanos con base en la teoría de Watson en ámbitos de práctica y enseñanza del cuidado (7).

La versión original del instrumento, realizada en el año 1980, se adaptó para ser aplicada en 1992, quedando constituida por 30 ítems de formato Likert con intensidades -3 a +3, balanceados en ítems positivos y negativos (4).

El otro instrumento por validar en este estudio fue el Nyberg´s Caring Assessment (NCA), desarrollado en el año 1990 por Jan Nyberg durante su estudio doctoral en la Universidad de Colorado. En este se miden esencialmente los atributos del cuidado —basándose también en la filosofía de la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano—, e intenta captar aspectos subjetivos del mismo enfatizando en la actitud de profundo respeto hacia las necesidades del otro, como la sensibilidad por sus necesidades espirituales, de comunicación y esperanza (5, 6).

El NCA tiene 20 ítems, y sus respuestas también están diseñadas en formato Likert con puntuación de 1 a 5. En los estudios realizados en Estados Unidos por la autora se encontraron alfas de Cronbach de 0,85-0,98 (5,6).

Para validación por divergencia se utilizó una subescala del instrumento Interpersonal Reactivity Index (IRI) —que evalúa “la medida de la empatía”—, creado por Mark Davis en 1980 (8), y posteriormente traducido y validado al español por Vicente Mestre, María Dolores Frías y Paula Samper en México (9); este instrumento evalúa la empatía que se establece con el otro. En sus subescalas presenta una divergente, denominada “malestar personal” (PD), centrada en el “yo”, que valora los sentimientos de ansiedad y malestar que un sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas o el sufrimiento de los demás; se optó por ella dada la oposición con el constructo de las escalas del cuidado humano, ya que cuidado implica preocupación por el otro.

Como se mencionó, el Caring Efficacy Scale y el Nyberg´s Caring Assessment, desarrollados originalmente en lengua inglesa, están basados en la filosofía Transpersonal del Cuidado Humano de Watson y en los diez factores relacionados con el cuidado —*caratives*— que incorpora la teoría.

De acuerdo con esta teoría, el “cuidado” es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional de enfermería el y paciente (1).

La autora de la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano le otorga al cuidado una dimensión espiritual y una abierta evocación de amor a esta acción. Para esta, el acto de cuidar debe ser amplio, sanador del espíritu y el cuerpo.

El profesional de la enfermería, en su interrelación con el paciente, debe ayudarlo a adoptar conductas de búsqueda de la salud, determinando para ello diez factores del cuidado (1). En sus últimos estudios (2,10) Watson expande su trabajo original como ciencia del cuidado humano, dentro de un contexto ético-moral y científico apoyado en las filosofías éticas de Emmanuel Lévinas —Ética del cara a cara— y Knud Logstrup —el sostener el alma del otro en nuestras manos—. En este último trabajo teórico presenta los conceptos “*Clinical caritas o caritas processe*” como extensión de los diez factores que evocan el amor y el cuidado como soporte teórico-filosófico del cuidado humano transpersonal que emergen desde un paradigma expandido, para conectar con las dimensiones existencial-espiritual y las experiencias del proceso de la vida humana.

A continuación se exponen brevemente los diez factores del cuidado (1).

1. *Formación de un sistema de valores humanistas y altruistas* para que los cuidados se conviertan en una práctica amable y ecuánime, dándole sentido al acto de cuidar. Estos valores se aprenden desde muy temprano en la vida, pero en la juventud son importantes los modelos, es por ello que las docentes de enfermería y las enfermeras asistenciales juegan un rol destacado en la formación de estos valores en las y los jóvenes estudiantes de enfermería.
2. *Instilación de fe y esperanza*, en donde los cuidados se transforman en una presencia auténtica que permite y sostiene el sistema profundo de creencias, tanto del que cuida, como del ser que es cuidado. Es necesario volver la mirada hacia los aspectos ancestrales del cuidado, en donde adquieren importancia la fe y la esperanza en las creencias que el ser humano sustenta tanto para su salud como para su curación.
3. *Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás*, y las propias prácticas espirituales y transpersonales. La psicología humanista y transpersonal (7, 11) considera que la relación que se establece con el paciente es clave para lograr resultados en salud incluso más que los métodos tradicionales. La comunicación entre la enfermera/o y la persona cuidada debe ser auténtica, un encuentro persona a persona.
4. *Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza*. Para que los cuidados sean auténticos es necesario que esta relación se desarrolle y se sostenga en una confianza mutua. La enfermera debe ver al paciente como ser humano que necesita ser comprendido, no como “objeto” de sus cuidados, objeto al que se puede manipular y tratar.
5. *Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos*. Este punto se deriva del tercero: cultivar la sensibilidad de uno mismo y de los demás. El auto-conocimiento y la aceptación permiten compartir sentimientos con el otro. La autora de esta teoría reconoce que es una experiencia que implica riesgos, tanto para las enfermeras como para los pacientes; la enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e intelectualmente una situación, y ser capaz de establecer la diferencia.
6. *Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones*. Esta es una actitud creativa para resolver problemas, es una forma de conocer las partes del proceso del cuidado incorporando el arte en la práctica de cuidar-sanando. El cuidado de enfermería adquiere el carácter científico basándose en un método organizado y sistemático. El uso del método de resolución de problemas como herramienta ha permitido a las enfermeras una práctica científica del cuidado.
7. *Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal*. Es una experiencia genuina de enlazar la enseñanza y aprendizaje como una unidad de “ser” y con “significado”. Los profesionales de la salud, en general, tienen el deber de prepararse para educar y entregar información a la persona cuidada, de este modo, la van a ayudar a adaptarse y a disminuir el estrés; a la vez, las enfermeras/os también deben aprender a recibir del otro.
8. *Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, socio-cultural y espiritual*, proporcionando un ambiente sanador en todos los niveles, dando fuerza y energía al “ambiente no físico”, reforzando la belleza, la integridad, la comodidad, la dig-

nidad y la paz. El bienestar se debe evaluar *desde* el paciente y no por rutinas establecidas en los servicios hospitalarios. Aspectos como una cama confortable, una posición correcta y la realización de ejercicios, son tan importantes como explicar al paciente los procedimientos que se van a realizar, y la satisfacción de sus necesidades espirituales.

9. *Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas.* Satisfacer las necesidades básicas dándole sentido al cuidado, suministrando la esencia del cuidado humano, reforzando la integridad cuerpo, mente y espíritu, como un ser único en todos los aspectos del cuidar, incorporando el desarrollo espiritual profundo.
10. *Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas.* Se deben atender y abrir los misterios espirituales y existenciales de la vida y la muerte cuidando el alma de uno mismo y del ser que se cuida.

Estos factores del cuidado son evaluados en los instrumentos validados, que se tornan importantes hoy en los sistemas de salud, en donde el usuario solicita ser respetado y valorado como ser humano. Es por ello que en el marco del nuevo paradigma de enfermería como gestora de cuidados en Chile, se deben enfatizar los aspectos éticos que involucra el cuidar. En Chile, como en el resto de Latinoamérica, diversos estudios evidencian la importancia que tiene para el paciente un cuidado humanizado y ético (12, 13, 14, 15).

En Colombia (15) se realizó un estudio del comportamiento del cuidado entre pacientes y profesionales de enfermería utilizando el Caring Behaviors Inventory, instrumento que también se basa en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano (16), destacando como un valor importante del cuidado la comunicación que la enfermera establece con el enfermo.

Por tanto, ilustra la importancia de evaluar el cuidado de enfermería a través de herramientas cuyo soporte teórico incorpora una visión humanista y ética.

Método

El presente estudio cuantitativo y transversal fue realizado en Chile, entre marzo y diciembre de 2007. A continuación se describe la metodología aplicada en la validación de los instrumentos utilizados.

Desde el punto de vista metodológico se observaron pasos sugeridos por diversos autores (17, 18) respecto a este proceso, y que se deben tener en cuenta durante la validación.

1. Pruebas para ajuste: adaptación cultural.
2. Pruebas de validez.

Prueba de ajuste de adaptación cultural

Como ambos instrumentos originalmente están en idioma inglés, se consideró importante la fase de adaptación cultural. A continuación se describe este procedimiento de validación.

Para este estudio se llevaron a cabo los siguientes pasos (17, 18):

- Selección de las escalas: la teórica Jean Watson, en entrevista directa, sugirió la escala Caring Efficacy Scale (CES), que mide los supuestos del cuidado humano transpersonal. Para validar la escala por convergencia se decidió utilizar la Nyberg's Caring Assessment (NCA), escala que también está basada en el trabajo filosófico de esta teórica (5, 6).
- Traducción de instrumentos CES y NCA: fue necesaria la traducción directa e inversa de ambos instrumentos por académicos bilingües. La traducción directa es aquella que se realiza del idioma original al idioma de aplicación. Este paso fue ejecutado por tres profesionales, investigadores de enfermería, con amplia trayectoria académica y en investigación. La traducción inversa es aquella que se realiza en sentido contrario o retraducción, y en este caso fue realizada por dos investigadores de la salud y un sociólogo.
- Pruebas preliminares para realizar ajustes de ítems y su utilidad. Para ello se realizó una prueba piloto donde se analizaron aspectos relacionados con particularidades de los ítems como su comprensión, tiempo de aplicación requerido y claridad en las instrucciones para las respuestas. Se tomó una muestra de enfermeras académicas y asistenciales de la región del Maule, Chile, quedando constituida por un total de treinta personas. Se observó que la comprensión de los ítems era adecuada. Todas estas pruebas forman parte de la adaptación cultural de los instrumentos, cuyo idioma original es el inglés.

Pruebas de validez

La validez aparente o parcial se obtuvo con base en el criterio de dos grupos: las enfermeras que participaron en la prueba

piloto y los expertos. La validez aparente no supone conceptos estadísticos, sino solo juicios de pertinencia de los ítems entregados por expertos (17, 18). La validez de contenido evalúa si los diferentes ítems son representativos del dominio o universo de contenido que se busca medir, aspecto que fue verificado mediante juicio de expertos, quienes coincidieron en que los ítems del instrumento se basan en y evalúan la Teoría del cuidado humano transpersonal. La validez del constructo está compuesta por los conceptos de validez convergente y divergente o discriminante. En el primer caso, el instrumento debe concordar o converger en el sentido de sus puntuaciones con otros instrumentos que miden dimensiones teóricas similares. En el caso de la validación divergente o discriminante, se debe demostrar que el instrumento diverge de otro similar que se ha usado para medir una dimensión teórica de sentido contrario al del instrumento original. Ambas dimensiones de la validez constructiva en el terreno operativo suponen correlacionar los instrumentos positivamente en la convergencia y negativamente en la divergencia. En este estudio la validez constructiva de las escalas CES y NCA fue implementada mediante la demostración de convergencia entre ambas escalas nombradas (4, 5) y, en forma simultánea, mediante su validación divergente con una subescala de “malestar personal” (8, 9).

- Prueba de confiabilidad. Se realizó medición del coeficiente alfa de Cronbach en ambos instrumentos, obteniéndose valores altos de confiabilidad: Caring Efficacy Scale (0,76) y Nyberg´s Caring Assessment (0,82).
- Determinación de su utilidad. Se observó que ambas escalas permitían la evaluación de la percepción del cuidado transpersonal de Watson.

Aspectos éticos

Para utilizar ambos instrumentos se solicitó autorización por escrito a las autoras. Las autorizaciones fueron obtenidas en el año 2005. Además, se solicitó consentimiento libre e informado a cada una de las enfermeras que participaron en el estudio.

Población

La población del estudio estuvo constituida por las enfermeras profesionales clínicas y académicas que trabajan en el sistema universitario chileno. El universo de estudio fue de 2.615 enfermeras clínicas y académicas.

Se decide aplicar los instrumentos en las siguientes regiones: Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Bernardo O´Higgins, Maule, Bío Bío, Araucanía, Los Lagos y Metropolitana. La muestra definitiva estuvo conformada por un total de 360 enfermeras, clínicas y académicas, de nueve regiones de Chile, excluyendo solo las regiones extremas del país, a las que se excluyó debido al excesivo costo agregado por incluirlas en el estudio, respecto al muy reducido beneficio de representatividad adicional. La muestra final obtenida incluye a todas las profesionales que aceptaron participar en las instituciones universitarias, que fueron un total de trece universidades pertenecientes a la Asociación Chilena en Educación en Enfermería (Achieen). Las unidades académicas socias a la Achieen son 18, por tanto, esta muestra corresponde al 72% (19).

En Chile existe un total de 200 hospitales públicos, este estudio se realizó en veintiuno de ellos, por tanto, esta muestra incorporó a profesionales de enfermería chilenas de un 11% de los servicios públicos hospitalarios del país (20).

Todas las participantes firmaron el respectivo formulario de consentimiento informado. La investigadora principal visitó las nueve regiones del país incluidas en la muestra para aplicar personalmente la mayoría de los instrumentos. En algunas instituciones de salud, por el tipo de trabajo de los servicios, los cuestionarios debieron ser autoaplicados siguiendo las instrucciones pertinentes diseñadas para esos efectos. Se logró obtener un total de 360 cuestionarios respondidos: 99 de académicas de diversas universidades (27,5%) y 261 de enfermeras asistenciales, (72,5%).

Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Como esta investigación se proponía, además de validar estos instrumentos, evaluar la percepción de autoeficacia en la entrega del cuidado transpersonal de enfermeras académicas y asistenciales, estos criterios fueron amplios.

Criterios de inclusión

1. Enfermeras asistenciales que trabajan en instituciones hospitalarias que participan en el proceso de enseñanza y aprendizaje de los estudiantes de enfermería.
2. Enfermeras docentes universitarias que participan en el proceso de enseñanza y aprendizaje de los estudiantes de enfermería.

3. Enfermeras académicas y asistenciales que trabajen su jornada completa, ya sea, en instituciones universitarias u hospitalarias (para observar la influencia de los sistemas institucionales).
4. Enfermeras académicas y asistenciales hospitalarias que tengan una experiencia laboral mayor o igual a tres años en la misma institución (se estima que la antigüedad en una institución va a determinar la adaptación a las normas dentro de los subsistemas sociales).
5. Profesionales académicos y asistenciales hospitalarios de sexo femenino. Enfermería es una profesión feminizada y para el diseño de obtención de la muestra mediante la técnica de los puntajes de propensión se necesita de un gran número de sujetos para obtener una muestra y hacer que los grupos sean comparables.
6. Enfermeras académicas y asistenciales que aceptaron participar en el estudio

Criterios de exclusión

1. Enfermeras académicas y asistenciales que tengan menos de tres años de permanencia en las instituciones.
2. Enfermeras asistenciales y académicas que no participen en la docencia de enfermería.

Resultados

Prueba piloto

Se efectuó una prueba piloto en una muestra de treinta enfermeras académicas y asistenciales de la región del Maule. En la tabla 1 se observa la validación por convergencia entre el CES y NCA, y divergencia con la subescala Malestar Personal (PD) que correspondía a una subescala del instrumento IRI.

En la validez convergente se destaca la correlación positiva entre el Caring Efficacy Scale y el Nyberg Caring Assessment significativa al 9 por diez mil, lo que significa que ambos instrumentos miden el mismo constructo; la correlación negativa y significativa con la subescala malestar personal al 1,6 por mil, como prueba de validez divergente indica que está validando a ambos

Tabla 1. Validez constructiva de las escalas Caring Efficacy Scale y Nyberg´s Caring Assessment en prueba piloto (N = 30)

	Caring Efficacy Scale	Nyberg Caring Assessment	Malestar personal (PD) (subescala del IRI)
Caring Efficacy Scale (CES)	1,00000	0,57569 0,0009	-0,55029 0,0016
Nyberg Caring Assessment (NCA)	0,57569 0,0009	1,00000	-0,15092 0,4260
Malestar personal (PD) (subescala del IRI)	0,55029 0,0016	-0,15092 0,4260	1,00000

Fuente: Poblete (21).

instrumentos en su constructo correlacionándose negativamente con ellos, ya que mide lo contrario: la falta de empatía con el otro.

Una vez obtenidos los resultados de la prueba piloto en que se observó la calidad y confiabilidad de los instrumentos, se repitió este análisis de calidad de los datos en una muestra de 360 enfermeras, esto se muestra en la tabla 2 donde se observa la validez de constructo.

Los resultados son similares a los de la prueba piloto, observándose convergencia entre ambos instrumentos que miden cuidados, con una correlación positiva y significativa. La validez discriminante utilizando la subescala malestar personal del instrumento IRI obtuvo una correlación negativa y significativa en ambas escalas, según se expresa en esta tabla.

Una vez realizada la validez de constructo al Caring Efficacy Scale y Nyberg´s Caring Assessment, se llevó a cabo el análisis factorial para identificar otros posibles factores no observados en población norteamericana (tabla 3).

Mediante la aplicación de esta técnica se obtuvieron tres factores; el primero, formado por los 15 ítems positivos, reúne el 45% de la varianza y da sentido a la eficacia de cuidar; los otros dos factores, con un 30 y un 25% de la varianza, respectivamente,

Tabla 2. Convergencia y divergencia entre instrumentos aplicados. Pearson Correlation Coefficients en estudio definitivo (N = 360)

	Caring e Efficacy Scal	Nyberg´s Caring Assessment	Malestar personal (PD) (subescala del IRI)
Caring Efficacy Scale	1,00000	0,57542 0,0009	-0,36261 <0,001
Nyberg´s Caring Assessment	0,57542 <,0001	1,00000	-0,22760 <,0001
Malestar personal (PD) (subescala del IRI)	-0,36261 <,0001	-0,22760 <,0001	1,00000

Fuente: Poblete (21).

Tabla 3. Resultado de análisis factorial en el instrumento Caring Efficacy Scale (CES) (N=360)

Varianza total explicada	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Porcentaje acumulado
% de Varianza explicada	3,5841738 (45%)	2,3919442 (30%)	2,0176841 (25%)	7,993802 (100%)

Matriz de componentes rotados

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
co1	0,12587	-0,08828	0,27057
co2	0,15058	0,04025	0,30724
co3	0,43382	0,10288	0,05482
co4	0,65421	0,02716	0,08268
co5	0,44378	-0,10268	0,18380
co6	0,46310	0,16937	0,08453
co7	0,57899	0,07421	0,16125
co8	0,15873	0,07070	0,33603
co9	0,45200	-0,05314	0,44526
co10	0,51323	0,03919	0,23210
co11	0,44351	0,07935	0,12739
co12	0,24424	0,16807	0,22661
co13	0,13952	0,25433	0,13165
co14	0,50846	-0,11082	0,22190

co15	0,03011	0,09413	0,48397
co16	-0,02155	0,15086	0,60052
co17	0,03484	0,08901	0,50823
co18	0,61586	0,21786	-0,21854
co19	0,63886	0,21607	-0,08602
co20	0,00670	0,24884	0,43000
co21	0,04129	0,54696	0,09772
co22	0,23761	0,38163	0,00640
co23	0,00414	0,55833	-0,13821
co24	-0,08922	0,46349	0,22438
co25	0,36922	0,35855	-0,14613
co26	0,05069	0,45314	0,10583
co27	-0,06342	0,51272	0,06808
co28	0,28853	0,25432	0,20110
co29	0,22755	0,41549	0,04758
co30	0,14642	0,45228	0,148

Fuente: Poblete (21).

no constituyen dimensiones distintas sino solo capturan los ítems invertidos en el instrumento, por lo que se ratifica la unidimensionalidad en su estructura, es decir, la escala solo mide la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado, basada en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Watson.

En la tabla 4 se observa la consistencia interna de cada ítem del instrumento expresada en el alto puntaje promedio de cada reactivo, lo que permite concluir que el CES valida ampliamente la Teoría del Cuidado Transpersonal.

En la tabla 4 se observa que todos los ítems presentan una correlación positiva y significativa entre ellos, validando cada uno de los factores del cuidado transpersonal. La mayoría de los ítems están sobre 5 puntos siendo el mínimo 1 y el máximo 6, lo que demuestra que las enfermeras perciben estos factores como importantes al momento de brindar cuidado. Los ítems 8, 13 y 27 presentan promedios bajo 5 puntos, estos se relacionan con dejar de lado las creencias y los prejuicios al escuchar al otro, tener una conversación más personal con él y agobiarnos con sus vivencias.

A continuación se muestran los resultados por ítem del instrumento Nyberg Caring Assessment.

En los resultados del instrumento de Nyberg Caring Assessment los ítems presentan promedios altos y correlación

Tabla 4. Resultados por ítem del instrumento Caring Efficacy Scale
(N = 360)

ITEMS	Media	Desviación estándar	Correlación Ítem -escala
1. No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes.	5,75	0,93	0,196 < 0,0002
2. Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.	5,60	0,85	0,279 < 0,0001
3. Me siento cómoda al "tocar" a mis clientes/pacientes cuando proporciono cuidado.	5,64	0,80	0,358 < 0,0001
4. Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.	5,65	0,60	0,458 < 0,0001
5. Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueada.	5,53	0,90	0,307 < 0,0001
6. Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes.	5,40	0,67	0,40 < 0,0001
7. Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente, al mismo tiempo que lo escucho.	5,39	0,71	0,44 < 0,0001
8. Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar el cliente/paciente como persona.	4,58	1,87	0,38 < 0,0001
9. Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes.	5,59	0,79	0,42 < 0,0001
10. Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales.	5,59	0,68	0,41 < 0,0001
11. Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes/clientes.	5,68	0,66	0,35 < 0,0001
12. Carezco de confianza en mi habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes al mío.	5,55	1,14	0,37 < 0,0001
13. Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control.	4,97	1,58	0,35 < 0,0001
14. Uso lo que aprendo de mis conversaciones con clientes/pacientes para suministrar un cuidado más individualizado.	5,53	0,71	0,34 < 0,0001
15. No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes.	5,59	1,05	0,31 < 0,0001
16. Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con clientes/pacientes.	5,72	0,90	0,31 < 0,0001
17. Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes.	5,83	0,86	0,28 < 0,0001

Tabla 4. Resultados por ítem del instrumento Caring Efficacy Scale
(N = 360)

ITEMS	Media	Desviación estándar	Correlación Ítem -escala
18. Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis clientes/pacientes.	5,34	1,03	0,41 < 0,0001
19. Usualmente logro agradecerles a mis clientes/pacientes.	5,44	0,89	0,48 < 0,0001
20. A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito.	5,12	1,38	0,37 < 0,0001
21. Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes, habitualmente lo hago peor.	5,70	0,89	0,37 < 0,0001
22. Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.	5,57	1	0,38 < 0,0001
23. Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente, dejo de trabajar con esa persona.	5,20	1,35	0,29 < 0,0001
24. A menudo encuentro difícil relacionarme con clientes/pacientes de culturas diferentes a la mía.	5,49	1,13	0,34 < 0,0001
25. He ayudado a muchos clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.	5,16	1,07	0,38 < 0,0001
26. A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes.	5,57	1,07	0,36 < 0,0001
27. A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo.	4,89	1,49	0,33 < 0,0001
28. Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.	5,28	1,12	0,41 < 0,0001
29. Aún cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con clientes/pacientes difíciles.	5,23	1,36	0,43 < 0,0001
30. No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.	5	1,45	0,44 < 0,0001
Total escala Coates	162,7	11,42	
N: 360 Coeficiente alfa de Cronbach: 0,76 Media: 5,42 Desviación estándar: 0,38.			

Fuente: Poblete (21).

Tabla 5. Resultados por ítem del instrumento Nyberg Caring Assessment
(N = 360)

ITEMS	Media	Desviación estándar	Correlación Ítem -escala
1. Tiene un profundo respeto por las necesidades del otro.	4,88	0,31	0,34 < 0,0001
2. No desiste de transmitir esperanza a otros.	4,49	1,00	0,34 < 0,0001
3. Permanece sensitivo a las necesidades de otros.	4,65	0,57	0,45 < 0,0001
4. Comunica a otros una actitud de ayuda y confianza.	4,71	0,47	0,47 < 0,0001
5. Expresa sentimientos positivos y negativos.	4,10	0,99	0,43 < 0,0001
6. Soluciona problemas creativamente.	4,17	0,78	0,54 < 0,0001
7. Comprende que las fuerzas espirituales contribuyen al cuidado humano.	4,70	0,64	0,34 < 0,0001
8. Considera las relaciones ante que los reglamentos.	3,97	0,99	0,41 < 0,0001
9. Basa las relaciones en lo que es mejor para las personas involucradas.	4,47	0,69	0,51 < 0,0001
10. Comprende plenamente lo que las situaciones significan para las personas.	4,40	0,64	0,58 < 0,0001
11. Va más allá de lo superficial para conocer bien a la gente.	4,34	0,68	0,60 < 0,0001
12. Implementa bien habilidades y técnicas.	4,51	0,64	0,48 < 0,0001
13. Elige tácticas que lograrán las metas.	4,39	0,60	0,48 < 0,0001
14. Concede plena consideración a los factores situacionales.	4,30	0,75	0,55 < 0,0001
15. Se centra en ayudar a crecer a otros.	4,28	0,69	0,64 < 0,0001
16. Deja tiempo para necesidades personales y crecimiento.	3,92	0,95	0,34 < 0,0001
17. Se permite tiempo para las oportunidades de cuidado.	4,14	0,85	0,55 < 0,0001
18. Permanece comprometido con una relación continua.	4,41	0,74	0,58 < 0,0001
19. Escucha cuidadosamente y está abierta a la retroalimentación.	4,59	0,58	0,62 < 0,0001
20. Cree que otros tienen un potencial que puede lograrse.	4,62	0,64	0,52 < 0,0001
Total Nyberg	88,12	7,01	
N: 360 Coeficiente alfa de Cronbach: 0,82 Media: 4,40 Desviación estándar: 0,35			

Fuente: Poblete (21).

significativa entre ellos. El puntaje máximo es 5 y el mínimo 1, la mayoría de los ítems tiene promedios sobre 4. Dos de ellos presentan promedios bajo 4 (los ítems 8 y 16). El 8 se relaciona con los reglamentos establecidos en los servicios, y el ítem 16 se refiere al autocuidado de estas profesionales en la salud (tabla 5).

En el análisis factorial realizado al NCA (tabla 6) se observa que al aplicar la técnica de análisis factorial en el instrumento NCA se forman seis factores: el primero acumula una varianza de un 45%, esta reúne los ítems que expresan la importancia que conceden las enfermeras a satisfacer las necesidades del otro (1, 2, 3); el segundo factor tiene un 14% de la varianza acumulada y congrega los ítems referidos a habilidades técnicas de la enfermera; el tercer factor (12%) expresa la relación enfermera-paciente; el cuarto factor (10%), conformado por ítems en relación con el autocuidado de la profesional, el quinto factor (10%) reúne a los ítems que están en concordancia con aspectos espirituales del cuidado del enfermo y, finalmente, el sexto factor (9%) está compuesto por un solo ítem que tiene relación con aspectos éticos del cuidado. El instrumento representa el cuidado humano en todos sus ámbitos.

Discusión

En general, los ítems del instrumento CES presentan promedios sobre 5 puntos siendo el máximo 6, lo que revela que las enfermeras se perciben con autoeficacia para realizar un cuidado humanizado, resultados comparables a los obtenidos por Coates en 1992 (4). Solo dos ítems muestran puntajes bajos, estos se refieren esencialmente a la dificultad que presentan las enfermeras para dejar de lado sus creencias; el ítem 8, tener una conversación más cercana con el usuario; el ítem 13 muestra el agobio que experimentan las profesionales frente a la naturaleza de los problemas que viven los usuarios, aspecto que hoy día adquiere importancia en los esfuerzos que se realizan para otorgar un cuidado más cercano al otro y centrado en la persona, no en los procedimientos y técnicas estructurados por las instituciones de salud que terminan invisibilizando el cuidado de los profesionales de enfermería (22, 23).

En los resultados del NCA en su mayoría los ítems presentan promedios sobre 4 puntos confirmando que para las enfermeras adquiere importancia realizar un cuidado humanizado, es decir, centrado en la persona; estos resultados tienen un puntaje leve-

Tabla 6. Resultado del análisis factorial en el instrumento Nyberg Caring Assessment (N = 360)

Varianza total explicada	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Porcentaje acumulado
% de Varianza explicada	5,19 45%	1,6 14%	1,4 12%	1,2 10%	1,2 10%	1,02 9%	11,6 100%

Matriz de componentes rotados

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
ny1	0,38924	0,06987	0,0141	0,08545	0,10142	0,67299
ny2	0,47702	-0,10963	-0,05036	-0,1186	0,53476	-0,35780
ny3	0,72838	0,12745	0,0961	-0,06505	-0,01412	-0,00061
ny4	0,49931	0,31931	0,0229	-0,01556	0,16549	0,22036
ny5	0,03202	0,04624	0,0826	0,09805	0,79621	0,08321
ny6	0,09356	0,44767	0,0792	0,14564	0,55652	0,16183
ny7	-0,03403	-0,02385	0,5981	-0,04938	0,19375	0,42113
ny8	0,09523	-0,02036	0,7507	0,05772	-0,02175	-0,26756
ny9	0,22628	0,14788	0,6859	0,02891	-0,05814	0,15869
ny10	0,25491	0,46727	0,3703	0,05419	0,17069	0,14420
ny11	0,42569	0,20228	0,4845	0,06871	0,16734	-0,03314
ny12	0,17976	0,77570	0,0293	0,09997	-0,01557	-0,04137
ny13	0,07225	0,79578	0,0541	0,10099	0,07626	0,02683
ny14	0,06966	0,30841	0,3885	0,35251	0,24515	-0,34295
ny15	0,45666	0,25301	0,3161	0,22900	0,21178	0,03346
ny16	-0,05088	-0,02999	-0,0757	0,82363	0,11787	0,09228
ny17	0,15368	0,19497	0,0880	0,81376	0,01518	0,00427
ny18	0,30398	0,36210	0,1886	0,45760	-0,00264	-0,13007
ny19	0,61380	0,16220	0,1592	0,39529	0,02856	0,10137
ny20	0,54400	0,01493	0,2559	0,22383	0,03847	0,24199

Fuente: Poblete (21).

mente mayor a lo obtenido por Nyberg en 1990, en que se presentan promedios cercanos al 3,9 (5). En este instrumento los ítems que presentan promedios más bajos muestran que las enfermeras reconocen que tienen dificultad para superar las normas institucionales y establecer relaciones interpersonales, aspectos observados por otros investigadores (14, 15) en los que las enfermeras muestran priorizar más los elementos técnicos y normativos que la relación con el usuario. Por último, reconocen las dificultades para autocuidarse, siendo el cuidado de uno mismo considerado un prerrequisito para el cuidado de los demás (1).

Conclusiones

Los resultados demuestran que es posible evaluar la percepción de diversos aspectos del cuidado a partir de una filosofía humanista y ética, lográndose visualizar y medir la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano en la práctica a través de ambas escalas. El esfuerzo por objetivar el cuidado humano transpersonal hace necesaria la validación de estos instrumentos que son un recurso del que se valen los investigadores para acercarse al fenómeno del cuidar desde la filosofía de Watson. Se reconoce toda la labor previa de investigación de Coates y Nyberg (4, 5), que permitieron la utilización de sus instrumentos en el presente trabajo de validación y adaptación cultural en población chilena.

Los resultados de estos instrumentos muestran promedios altos en todos sus ítems, incluso el NCA, con puntajes superiores a los obtenidos por la autora en Estados Unidos (5), lo que puede

deberse a que esta lo aplicó solo en enfermeras clínicas de servicios hospitalarios.

Las correlaciones significativas en los ítems y los coeficientes de alfa de Cronbach en ambos instrumentos revelan una consistencia interna adecuada.

En cuanto a la validación constructiva el CES y NCA son significativamente convergentes y validan la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Jean Watson y, por tanto, son útiles a la comunidad de enfermería en Chile para futuras investigaciones que busquen profundizar el estudio del cuidado humano.

La validación de estas escalas permite continuar con investigaciones futuras del cuidado, conocer el significado que las enfermeras le otorgan y cuán eficaces se sienten respecto a cómo lo realizan, aspectos congruentes e incongruentes del cuidado en diferentes grupos de profesionales que necesario conocer, analizar y buscar puntos de encuentro para remediar aquellos puntos débiles desde la práctica y la enseñanza, con la finalidad última de mejorar la calidad en las prácticas de enfermería.

Por último, como desafío, enfermería debe conservar y lograr avances en el cuidado humano a través de la práctica de los ideales del cuidado en la asistencia, la academia y la investigación, superando los criterios economicistas y administrativos de los servicios de salud que terminan por ocultar y absorber el trabajo de enfermería (23, 24, 25).

Referencias bibliográficas

1. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. 2 ed. Colorado: Published by the University Press of Colorado; 1985.
2. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: caritative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto contexto - enferm* [online] 2007; 16 (1): 129-135. doi: 10.1590/S0104-07072007000100016.
3. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. *Actual Enferm* 2007; 10 (4): 15-21.
4. Coates C. The Caring Efficacy Scale: Nurses' Self-Reports of Caring in Practice Settings. *Adv Practice Nurs Quarterly/Summer* 1997; 3 (1): 53-9.
5. Nyberg J. The Effects of Care and Economics on Nursing Practice. *JONA*. 1990 may; 20 (5): 13-18.
6. Watson J. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer Publishing Company; 2002.

7. Bandura A. Comments on the crusade against the causal efficacy of human thought. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1995; 26 (3): 179-190.
8. Davis MH. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of selected Documents in Psychology* 1980; 10: 85.
9. Mestre V, Frías MD, Samper P. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema* 2004; 16 (2): 255-260.
10. Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: FA Davis Company; 2005.
11. Rogers C, Stevens B. *Persona a Persona. El problema del ser humano. Una nueva tendencia en psicología*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
12. Balanza N. El cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado. *Revista Ciencia y Enfermería* 1997; 3 (1): 59-68.
13. Da Silva L, Coelho M, De Lima C, Silva de Souza P. Cuidado de enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes. *Revista de Enfermería, Colegio de Enfermeras Chile* 2002; 37 (120): 22-27.
14. Montecilli M, Elsen I. El hospital como una realidad clínica: una comprensión a partir del encuentro entre las trabajadoras de enfermería y familias de un servicio de alojamiento conjunto. *Rev Horizonte de Enfermería* 2004; 15: 37-52.
15. Cardona L, Silva L. Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado de los pacientes y la del personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo del Hospital Santa Clara. En: Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá; Unibiblos; 2002.
16. Wolf Z. The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Top Cli Nurse* 1986; 8 (2): 84-93.
17. Sánchez R, Echeverry J. Validación de Escalas de Medición en Salud. *Rev Salud Pública* 2004; 6 (3): 302-318.
18. Lucero I, Meza S. Validación de instrumentos para medir conocimientos. [monografía en Internet]. [citado el 31 de julio 2009]. Disponible en: <http://www1.unne.edu.ar/cyt/2002/09-Educacion/D-027.pdf>
19. Asociación Chilena de Educación en Enfermería. Escuelas socias. Disponible en www.achieen.cl/achieen/escuelassocias.
20. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Departamento de estadística e información en Salud. Establecimientos de salud. Disponible en www.minsal.cl/
21. Poblete M. *Cuidado humanizado: percepción de la autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales*. Tesis Doctoral. Concepción, Chile: Universidad de Concepcion; 2009. 145 p.
22. Coelho S, Schwartz E, Buss M. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2006; 19 (4): 444-9.
23. Murillo de la Vega S. La invisibilización del cuidado en la familia y en los sistemas sanitarios. *Política y Sociedad*. Salamanca: Universidad de Salamanca 2000; 35: 73-80.
24. Merhy Emerson E. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. Sao Paulo: Hucites; 2002.
25. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista* 2007; 20 (4), 499-503.