

ESTUDIO PILOTO DE LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO 'CARE-Q' EN VERSIÓN AL ESPAÑOL EN POBLACIÓN COLOMBIANA

PILOT STUDY FOR THE VALIDATION OF THE CARE Q QUESTIONNAIRE VERSION IN SPANISH IN COLOMBIAN POPULATION



Gloria Judith Sepúlveda Carrillo¹
Liseth Alejandra Rojas Cifuentes²
Olga Liliana Cárdenas Jiménez³
Elsy Guevara Rojas⁴
Adriana Milena Castro Herrera⁵

Resumen

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de establecer indicadores de confiabilidad y validez del Cuestionario Corto de Evaluación de la satisfacción del usuario acerca del cuidado de enfermería (CARE-Q por sus siglas en inglés) en versión al español en población colombiana. El cuestionario fue creado por Patricia Larson, y está integrado por 50 preguntas divididas en las siguientes subescalas del comportamiento de la enfermera: accesible; explica y facilita; conforta; se anticipa; mantiene relación de confianza; monitorea y hace seguimiento. En el estudio participaron 250 pacientes hospitalizados por un tiempo mayor a 48 horas en los servicios de Medicina Interna, Quirúrgicas, Corta Estancia y Cardiología del Hospital Universitario Clínica San Rafael durante el mes de febrero de 2008. Para determinar la validez interna del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales. Este procedimiento descriptivo dio como resultado una estructura de 6 componentes que mostró una varianza de 52% y un alfa de Cronbach de 0.868. El análisis de validez por dimensión fue: accesible, $\alpha=0.627$; explica y facilita, $\alpha=0.57$; conforta, $\alpha=0.79$; se anticipa, $\alpha=0.566$; mantiene relación de confianza, $\alpha=0.591$; monitorea y hace seguimiento, $\alpha=0.907$. Posterior a esto se realizó un análisis factorial extrayendo los ítems: 2, 8, 29 y 39 del cuestionario en donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.881.

Ante los resultados obtenidos, se considera de interés continuar con el análisis sobre las propiedades psicométricas del instrumento corto CARE-Q, para evaluar su comportamiento en otras poblaciones, tal como se ha venido realizando con la versión en inglés. Además, la investigación en este ámbito demanda estudios que clarifiquen las relaciones entre las diferentes dimensiones que miden la satisfacción del cuidado.

Recibido: 1 de agosto de 2008 Aceptado: 25 de marzo de 2009

¹ Enfermera. Pontificia Universidad Javeriana. Magister en Epidemiología. Universidad Federal de São Paulo Brasil. Docente Facultad de Enfermería Universidad El Bosque, Docente Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: gloseca@hotmail.com.

² Enfermera. Universidad El Bosque. E-mail: guelitapooh@hotmail.com.

³ Enfermera. Universidad El Bosque. E-mail: lilicarji@hotmail.com.

⁴ Enfermera. Universidad El Bosque. E-mail: gina.ym@gmail.com.

⁵ Enfermera. Universidad El Bosque. E-mail: amch536@hotmail.com.

Palabras clave: Validación, satisfacción del usuario, cuidado de enfermería.

Abstract

The current research study was done in order to establish some indicators of reliability and validity of the short questionnaire test about customer satisfaction report in the nursery care CARE Q, translated into Spanish for Colombian population. This questionnaire was created by Patricia Larson and is been established in 50 questions that are divided as follows. During the research, 250 hospitalized patients took part for more about 48 hours in the internal medicine service, surgeries, short stay and cardiology of San Rafael Clinic University Hospital in February 2008.

An exploring factorial analysis was done in order to determine the internal validity of this tool; this descriptive process showed as a result a structure of 6 components that showed a variant of 52% and on Alpha of Cronbach of 0,868. The analysis of validity answered: available $\alpha = 0,627$ she/he, explains and supplies $\alpha = 0,57$, cheers $\alpha = 0,79$ anticipates $\alpha = 0,566$, keeps a confidence relation $\alpha = 0,591$, screens and follows $\alpha = 0,907$. Afterwards, a factorial analysis was done taking out the item: 2, 8, 29 and 39 of the questionnaire where an alpha de Cronbach of 0,881 was found.

Given the results, we believe there is an ininterest to continue the analysis on the psychometric properties of the short-CARE-Q, to assess their behaviour in other populations, as has been conducting with the English version. Moreover, as we discussed in the analysis of results, research in this area demand studies to clarify the relationships between the different dimensions that measure the satisfaction of caring.

Key Words: Validation, customer satisfaction, nursing care.

CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado de enfermería ha sido definido por muchas teorizadores y filósofos, pero se podría decir que la primera gran teórica, ejemplo y mito de la enfermería es Florence Nightingale, quien delineó los primeros conceptos de la profesión y reveló caminos de la investigación científica enfatizando la observación sistemática como instrumento para la implementación del cuidado (1).

Sin embargo, el conocimiento teórico del cuidar empezó en enfermería en la década de los 50 con Madeleine Leininger, quien defendió la concepción de que el cuidado es una necesidad humana esencial, y el cuidar como la esencia de enfermería, además es un modo de lograr salud, bienestar y la conservación de las culturas y de la civilización que se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto (1).

Cuidar implica el deseo de dar cuidado, y de llevar a cabo acciones de cuidado. Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación, o de intervenciones físicas de la enfermera. Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, a la mejoría y la preservación de la dignidad del otro. En el cuidado humano, la relación entre curar y cuidar está invertida: su énfasis está, más bien, en la idea de que el cuidado potencializa los resultados de la autocuración y por lo tanto, cuidar puede ser un medio para curar (2). Entonces, se puede decir que el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales (3).

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La calidad según lo planteado por la Organización Mundial de la Salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención en salud óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y de los servicios médicos, logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso (4).

En Colombia, mediante la Resolución 1011 de 2006, se definió la calidad de la atención como “La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. Sus características son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad (5).

El tercer elemento fundamental de la definición es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que es bueno para una persona, para otra puede ser considerado como ‘de mala calidad’. El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico (6).

Calidad significa cumplir con las expectativas del usuario, es el hecho de proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades, con una filosofía básica de administración, una nueva forma de trabajar donde prevalece el respeto, la confianza y trabajo en equipo. Se considera también calidad al conjunto de características de un producto proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades usuario de dichos servicios. También la calidad se refiere a las características del producto que satisfacen las necesidades del consumidor, comprendiendo que este grado de satisfacción del producto se encuentra en relación con las exigencias del consumidor (7).

La garantía de calidad de los cuidados de enfermería es el proceso de establecer un grado indicativo de calidad en el cuidado de enfermería en relación con las actividades y la puesta en práctica de estrategias que garanticen que los usuarios reciban el nivel de cuidados convenidos (2).

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La búsqueda de la calidad del cuidado es una oportunidad para redescubrir la identidad profesional, elemento que nos permite brindar al usuario el bienestar que necesita a través de la interrelación que se establece con él y su familia, y cuyo resultado es medido por el grado de satisfacción que los usuarios refieren (8). La evaluación de la calidad del cuidado de enfermería debe ser un proceso continuo y flexible, basado en datos enfocados en el resultado del cuidado, y en la percepción de satisfacción del usuario (2).

Los cuidados de enfermería con calidad se deben caracterizar por tener una dimensión holística (biológico, psicológico, social, cultural y espiritual), sustentado por el conocimiento científico y definido mediante los procesos de interacción (relación interpersonal terapéutica, mediante la educación a la persona, familia o grupo, y el consejo)

y la transición (apoyo a los cambios de la persona debidos al desarrollo, crecimiento, enfermedad, o a cualquier otra situación que genere un cambio por el proceso de interacción con el entorno). Desde este contexto la calidad de los cuidados es el grado de adecuación de un determinado bien o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas (6).

La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes como la naturaleza de los cuidados, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone y los medios físicos, financieros, tecnológicos y humanos necesarios (9). Garantizar la calidad exige de los profesionales una reflexión permanente sobre los valores, conocimientos, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno. Sin duda, tal reflexión estimula las acciones y orientan el ejercicio profesional hacia la búsqueda del mejoramiento continuo, como condición para el diseño y ejecución de estrategias que privilegien cuidar con calidad y comprender sus dimensiones: ética, técnica, interpersonal y de percepción (10).

La práctica de medir la satisfacción del usuario, con relación al cuidado que reciben del profesional de enfermería, se ha convertido en un medio de valoración de los servicios de salud. Por ello esta verificación debe ser válida y confiable para permitir a partir de ellos emprender acciones de fortalecimiento de la intervención y optimizar los resultados esperados (11).

El equipo de investigación resalta que tanto el proceso de enfermería, la calidad y la satisfacción son un trío que dan un solo resultado y es el que las expectativas y necesidades del paciente estén siendo cumplidas. Si deseamos realmente una nueva concepción dirigida hacia la gestión del cuidado requerimos de un proceso de integración profesional, investigación basada en evidencias científicas y una nueva estructura del sistema de salud que favorezca la práctica de enfermería hacia el cuidado en donde profesional de enfermería se transforme y dé muestras del quehacer profesional humanizado y del importante papel que desempeña en el ámbito de la salud.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

La satisfacción del usuario no es más que un proceso de evaluación continuo del cuidado flexible, basado en datos que se enfocan en los derechos de los pacientes, en los resultados de cuidado, en la percepción de satisfacción del paciente y de otros. Los componentes más importantes de este proceso incluyen: condiciones revisadas de participación, un instrumento de evaluación estándar y medidas de resultados centrados en el paciente que sean válidos, confiables y con expectativas de desempeño apoyados en los resultados que a su vez van a estimular la calidad del cuidado (12).

Según Pascoe (1983), la satisfacción es una evaluación personal del servicio recibido, basado en patrones subjetivos de orden cognitivo y afectivo y están establecidos por la comparación entre la experiencia vivida y los criterios subjetivos del usuario. Esos criterios incluyen la combinación de los siguientes elementos: un ideal del servicio, una noción del servicio merecido y una medida de las experiencias basadas en situaciones de servicio similares en un nivel subjetivo mínimo de calidad de los servicios a alcanzar para ser aceptado (13).

Existen tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial; primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los usuarios y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios. En segundo lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, y en tercer lugar, la opinión del usuario que puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer (14).

El estado de satisfacción influye positivamente en el bienestar físico, mental y social en beneficio del usuario en la institución de salud. La sociedad tiene la obligación de atender la salud de sus miembros y fomentar la capacidad de vivir en un mundo en el que constantemente se deben coordinar los esfuerzos para evitar los riesgos de enfermar, prolongando la vida y estimulando el mejoramiento de la población (15).

SATISFACCIÓN EVALUADA DESDE LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO

La percepción, según Hermann L. F. Helmholtz “es el resultado de la capacidad del individuo de sintetizar las experiencias del pasado y las señales sensoriales presentes”. Como dimensión de la calidad es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información. La percepción es una dimensión determinada por el contexto socio-cultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado (16).

Donabedian, citado por Pascoe, considera la interacción entre el personal de salud y el usuario desde dos puntos de vista: “las prestaciones técnicas y la relación personal con el usuario”, los cuales son dos aspectos de la percepción de los usuarios acerca de la calidad del servicio, según dicen Melum & Sinioris citado por Pascoe “Las percepciones de la calidad están influenciadas tanto por los aspectos interpersonales como clínicos de la atención de salud. Ambos son importantes, la calidad del servicio es intrínsecamente subjetiva y personal y depende de la relación entre el proveedor y el cliente” (13).

La percepción de los servicios de salud por parte de los usuarios se evidencia en la importancia de los siguientes factores: tiempo de espera, costo o modalidades de pago, trato recibido por el personal de salud, limpieza del área, nivel de comunicación entre personal de salud y el usuario, accesibilidad a los servicios de salud, comprensión de los problemas personales, confiabilidad de las instituciones, competencia técnica y seguimiento por parte de los doctores entre otros (13).

SATISFACCIÓN DEL USUARIO FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Según Melum & Sinioris, aunque no exista una definición única de calidad de la atención de salud, la mayoría de los autores considera la ‘satisfacción del usuario’ como un buen punto de partida en el análisis de la calidad. Las quejas y los requerimientos de los usuarios permiten que los proveedores de los servicios definan los estándares de calidad adecuados para cada servicio a fin de implementar los cambios necesarios (17).

En salud como en enfermería todo servicio tiene dos maneras como se puede percibir su nivel de calidad: en primera instancia se debe observar la calidad técnica y en segunda la

calidad funcional. La primera está referida al cumplimiento de todos los requisitos indispensables que se desarrollan acordes con lo estrictamente científico. La calidad funcional es conocida como la manera de brindar el servicio y también como la persona percibe que es atendida (18). Cuantificar el nivel de calidad percibido por un paciente al entrar en los marcos de la subjetividad es más difícil, salvo que se encuentren caminos para ello; el nivel de calidad del cuidado es la diferencia entre el cuidado percibido y la expectativa del usuario, en este sentido la forma como perciba la persona está condicionada por necesidades personales, experiencias anteriores, rol autopercebido del cuidado brindado y factores situacionales que, de una u otra forma, influyen en la manera como el paciente expresará las características del cuidado brindado (19).

El cuidado de enfermería debe ofrecer un marco de garantía de calidad que lo haga competitivo, que satisfaga las necesidades de los usuarios y al mismo tiempo del personal de enfermería que trabaja en la unidad asistencial para que se sienta satisfecho de su labor. Ahora el usuario se ha convertido en el principal centro e impulso para elevar la calidad de los servicios sanitarios, por lo que su grado de satisfacción es el indicador fundamental de la calidad asistencial (20).

El objetivo del análisis de la satisfacción será, pues, facilitar información a los profesionales, a los gestores y administradores del sistema sanitario sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que son percibidos por la población como insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitudes de la organización que intervienen en el proceso asistencial (2).

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO

El cuestionario Care-Q creado por Patricia Larson & Ferketich (1981) denominado el Cuestionario de Satisfacción del Cuidado, define el cuidado como acciones intencionales que llevan al cuidado físico y la preocupación emocional que promueven un sentido de seguridad (11).

El CARE-Q (Caring Assessment Instrument) es un cuestionario de evaluación de la atención, tiene una validez interna de 0.88 a 0.97, ha sido adaptado y utilizado en varios países como Estados Unidos, Australia, China, Taiwán (21) contiene 50 conductas de atención de enfermería que permiten al usuario, mediante escala análoga de cinco puntos, determinar los comportamientos que se perciben importantes para sentirse satisfechos, tiene 6 subescalas de comportamiento: accesible; explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza y monitorea y hace seguimiento. Según estas subescalas el profesional de enfermería debe asegurar que el usuario esté cómodo, se sienta seguro, sea bien atendido y además debe estar atento a que los equipos de monitoreo funcionen correctamente (11).

Accesibilidad: Contiene 6 ítems (1 – 6) que hacen alusión a comportamientos de cuidado que son esenciales en la relación de apoyo y ayuda administrado de forma oportuna, como es el acercarse al paciente dedicándole tiempo.

Explica y Facilita: Contiene 6 ítems (7 – 12) y se refieren a los cuidados que hace el profesional de enfermería para dar a conocer aspectos que para el usuario son desconocidos o difíciles de entender en relación con su enfermedad, tratamiento o recuperación, brindándole

la información requerida en forma clara, haciendo fácil o posible la ejecución de los cuidados para su bienestar o recuperación.

Conforta: Contiene 9 ítems (13 – 21) que se refieren a los cuidados que ofrece el profesional de enfermería con el fin de que el usuario hospitalizado, familia y allegados se sienta cómodo infundiéndole ánimo y vigor, en un entorno que favorezca el bienestar.

Se Anticipa: Contiene 11 ítems (22 – 32) donde se evalúan los cuidados que las y los enfermeros planean con anterioridad teniendo en cuenta las necesidades del usuario con el fin de prevenir complicaciones.

Mantiene Relación de Confianza: Contiene 10 ítems (33 – 42) y son los cuidados que ofrecen los profesionales de enfermería para que el usuario hospitalizado tenga empatía con ellos, los cuales van dirigidos en pro de su recuperación, haciéndolo sentir como persona única, confiada, serena y segura; tienen que ver con la cercanía y la presencia física del personal de enfermería hacia el usuario.

Monitorea y Hace Seguimiento: Contiene 8 ítems (43 – 50) y se refiere a los cuidados de enfermería que implican un conocimiento propio de cada usuario y dominio de lo científico técnico y de los procedimientos que realiza. Incluye los planes y acciones que son realizados para enseñar a su grupo de enfermería la forma como se deben realizar los procedimientos, observando y valorando que todo se haga bien y a tiempo (17).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio psicométrico para desarrollar el proceso de validación del instrumento, CARE-Q en su versión en español en población colombiana, para lo cual se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach que es la unidad de medida de la fiabilidad, llamada también de consistencia interna (22). Está determinado en función de dos términos: el número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems) (23).

POBLACIÓN Y MUESTRA

En el estudio participaron 250 pacientes hospitalizados por un tiempo mayor a 48 horas en los servicios de Medicina Interna, Quirúrgicas, Corta Estancia y Cardiología en el Hospital Universitario Clínica San Rafael durante el mes de febrero de 2008.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En el estudio fueron incluidos usuarios hombres y mujeres mayores de 18 años que dieron su autorización mediante la firma del consentimiento informado para el estudio, que tenían la capacidad física y mental de contestar el instrumento y que llevaban un tiempo mayor a 48 horas de hospitalización. Los participantes recibieron información de forma verbal y escrita con la descripción de los objetivos, procedimientos, riesgos, beneficios, y su autonomía para continuar o retirarse del estudio cuando lo consideraran pertinente, así como la confidencialidad de la información recolectada. Todos estos aspectos fueron registrados en informe de consentimiento informado que fue firmado por el paciente y por el investigador que desarrolló este proceso.

INSTRUMENTO

El instrumento Caring Assessment Instrument (Care-Q) fue seleccionado mediante el estado de arte realizado para plantear el presente estudio.

Las subescalas que plantea el instrumento permiten conocer claramente lo que el usuario percibe y expresa personalmente con relación a la interacción que se establece en el cuidado entre el personal de enfermería–usuario (21, 24).

El instrumento Care-Q, contiene 50 conductas de atención de enfermería que permiten al usuario, mediante escala análoga de cuatro puntos, determinar los comportamientos que perciben importantes para sentirse satisfechos frente al cuidado, cuenta con varias categorías: ‘accesible’ y ‘explica y facilita’ se miden a través de 6 preguntas cada uno, ‘conforta’ mediante 9 preguntas, ‘se anticipa’ con 5, ‘mantiene relación de confianza’ incluye 16 preguntas y ‘monitorea y hace seguimiento’ con 8 preguntas cada uno. Estas subescalas constituyen las variables que permiten determinar cómo el profesional de enfermería desarrolla acciones para enseñar, ayudar, establecer confianza y realizar seguimiento (11).

Como propiedades psicométricas más destacables, los autores de la prueba original muestran una validez interna de 0.95. Los coeficientes para cada categoría están distribuidos de la siguiente manera: explica y facilita, $\alpha=0.59$; conforta, $\alpha=0.86$; mantiene relación de confianza, $\alpha=0.86$; se anticipa, $\alpha=0.72$; monitorea y hace seguimiento, $\alpha=0.79$; accesible, $\alpha=0.76$.

PROCEDIMIENTO

Luego de haber realizado una extensiva búsqueda de información en la literatura relacionada con la validación de este instrumento en la versión en español para ser utilizado en población colombiana, no se encontró este tipo de evidencia, motivo por el cual se inicio el proceso de adaptación y validación a nivel de estudio piloto, para lo cual se realizaron los siguientes pasos:

1. Traducción y retro traducción del instrumento.
2. Validación por expertos en el área y dominio de los idiomas inglés y español.
3. Pilotaje del instrumento y adaptación de la versión final en español.
4. Solicitud de aprobación de recolección de información en la institución de salud de tercer nivel.
5. Aplicación del instrumento a 250 pacientes escogidos según criterios de inclusión previa solicitud de su participación voluntaria en el estudio.
6. Análisis psicométrico del instrumento

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 250 pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, en los servicios de Medicina Interna, Quirúrgicas, Corta Estancia y Cardiología, quienes fueron incluidos según los criterios establecidos para el estudio. Para el ordenamiento de los datos se utilizó el aplicativo Excel y para la realización del análisis de los mismos se utilizó el aplicativo SPSS 20.0.

Para determinar la validez interna del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales. De este procedimiento descriptivo resultó una estructura de 6 componentes que mostró una varianza de 52% de satisfacción del cuidado, con una validez interna de 0.868. El análisis de validez por dimensión fue: accesible, $\alpha=0.627$; explica y facilita, $\alpha=0.57$; conforta, $\alpha=0.79$; se anticipa, $\alpha=0.566$; mantiene relación de confianza, $\alpha=0.591$; monitorea y hace seguimiento, $\alpha=0.907$.

Luego se realizó un análisis de validez por dimensión con extracción de componentes: 2, 8, 29 y 39 para aumentar la validez interna en donde se obtuvo: accesible, $\alpha=0.699$; explica y facilita, $\alpha=0.60$; conforta, $\alpha=0.79$; se anticipa, $\alpha=0.617$; mantiene relación de confianza, $\alpha=0.671$; monitorea y hace seguimiento, $\alpha=0.907$. Ver las tablas a continuación.

Tabla 1. Datos descriptivos en la categoría ‘accesible’ de la versión en español del instrumento CARE-Q. Eliminando el ítem 2

ACCESIBILIDAD	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. La enfermera se aproxima a usted para ofrecerle medidas que alivien el dolor o para realizarle procedimientos.	13,34	7991	0,265	0,213	0,616
3. La enfermera le da los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo.	12,96	6681	0,548	0,318	0,511
4. La enfermera lo visita en su habitación con frecuencia para verificar su estado de salud.	13,04	6396	0,534	0,403	0,509
5. La enfermera responde rápidamente a su llamado.	12,83	6542	0,5	0,373	0,524

6. La enfermera le pide que la llame si usted se siente mal.	13,22	6973	0,334	0,401	0,596
--	-------	------	-------	-------	-------

*El Alfa de Cronbach para esta dimensión es de 0.699.

Tabla 2. Datos descriptivos en la categoría ‘explica y facilita’ de la versión en español del instrumento CARE–Q. Eliminando el ítem 8.

EXPLICA Y FACILITA	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento–total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
7. La enfermera le informa sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad.	12,27	5828	0,343	0,136	0,509
9. La enfermera le da información clara y precisa sobre su situación de salud.	11,83	6466	0,279	0,193	0,537
10. La enfermera le enseña cómo cuidarse a usted mismo.	12,10	6408	0,403	0,240	0,489
11. La enfermera le sugiere preguntas que usted puede formularle a su doctor cuando lo necesite.	12,32	6080	0,437	0,410	0,469
12. La enfermera es honesta con usted en cuanto a su condición médica.	12,16	6337	0,307	0,339	0,525

*El Alfa de Cronbach para esta dimensión es de 0,603.

Tabla 3. Datos descriptivos en la categoría ‘conforta’ de la versión en español del instrumento CARE–Q.

CONFORTA	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento–total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
13. La enfermera se esfuerza para que usted pueda descansar cómodamente.	19,88	16689	0,457	0,297	0,775
14. La enfermera lo motiva a identificar los elementos	20,44	17991	0,445	0,328	0,774

positivos de su tratamiento.					
15. La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones difíciles.	20,25	17617	0,516	0,459	0,765
16. La enfermera es alegre.	20,17	18156	0,456	0,312	0,773
17. La enfermera se sienta con usted para entablar una conversación.	20,35	17063	0,574	0,435	0,757
18. La enfermera establece contacto físico cuando usted necesita consuelo.	20,32	17149	0,549	0,399	0,760
19. La enfermera lo escucha con atención.	19,84	17262	0,556	0,415	0,759
20. La enfermera habla con usted amablemente.	19,76	18595	0,357	0,322	0,785
21. La enfermera involucra a su familia en su cuidado.	20,18	17187	0,425	0,265	0,779

*El Alfa de Cronbach para esta dimensión es de 0.790.

Tabla 4. Datos descriptivos en la categoría ‘se anticipa’ de la versión en español del instrumento CARE–Q. Eliminando el ítem 29

SE ANTICIPA	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento–total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
22. La enfermera le presta mayor atención a usted en las horas de la noche.	23,22	45245	0,065	0,326	0,572
23. La enfermera busca la oportunidad más adecuada para hablar con usted y su familia sobre su situación de salud.	23,71	42127	0,397	0,403	0,528
24. Cuando se siente agobiado por su enfermedad la enfermera acuerda con usted un nuevo	24,07	40567	0,466	0,611	0,512

plan de intervención.					
25. La enfermera está pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud.	24,02	41052	0,396	0,590	0,521
26. La enfermera comprende que esta experiencia es difícil para usted y le presta especial atención durante este tiempo.	23,93	41245	0,442	0,415	0,519
27. Cuando la enfermera está con usted realizándole algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en usted.	22,95	45622	0,044	0,073	0,574
28. La enfermera continúa interesada en usted aunque haya pasado por una crisis o fase crítica.	23,99	40915	0,453	0,549	0,515
30. La enfermera le ayuda a establecer metas razonables.	24,12	40410	0,497	0,558	0,508
31. La enfermera busca la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su situación de salud.	23,88	41405	0,486	0,446	0,517
32. La enfermera concilia con usted antes de iniciar un procedimiento o intervención.	23,02	29645	0,243	0,086	0,601

*El Alfa de Cronbach para esta dimensión es de 0.617

Tabla 5. Datos descriptivos en la categoría ‘mantiene relación de confianza’ de la versión en español del instrumento CARE-Q. Eliminando el ítem 39.

MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
---------------------------------------	---	--	---	---	---

33. La enfermera le ayuda a aclarar sus dudas en relación a su situación	22,02	21475	0,303	0,264	0,560
34. La enfermera acepta que es usted quien mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible en la planificación y manejo de su cuidado.	22,52	21968	0,216	0,588	0,576
35. La enfermera lo anima para que le formule preguntas de su médico relacionadas con su situación de salud.	22,39	20948	0,309	0,584	0,556
36. La enfermera lo pone a usted en primer lugar, sin importar qué pase a su alrededor.	22,02	19798	0,514	0,419	0,515
37. La enfermera es amistosa y agradable con sus familiares y allegados.	21,64	22441	0,214	0,187	0,577
38. La enfermera le permite expresar totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento.	22,10	21223	0,389	0,262	0,547
40. La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con usted.	21,47	22701	0,151	0,226	0,588
41. La enfermera lo identifica y lo trata a usted como una persona individual.	21,90	19849	0,469	0,504	0,522
42. La enfermera se identifica y se presenta ante usted.	21,69	20724	0,331	0,418	0,551

*El Alfa de Cronbach para esta dimensión es de 0.671

Tabla 6. Datos descriptivos en la categoría monitorea y hace seguimiento de la versión en español del instrumento CARE-Q.

MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
43. El uniforme y carné que porta la enfermera la caracteriza como tal.	18,26	32255	0,570	0,462	0,906
44. La enfermera se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento.	18,62	31057	0,729	0,719	0,892
45. La enfermera es organizada en la realización de su trabajo.	18,61	29806	0,830	0,783	0,883
46. La enfermera realiza los procedimientos con seguridad.	18,49	29247	0,762	0,652	0,889
47. La enfermera es calmada.	18,67	30456	0,795	0,677	0,887
48. La enfermera le proporciona buen cuidado físico.	18,55	31124	0,684	0,540	0,896
49. La enfermera se asegura que sus familiares y allegados sepan cómo cuidarlo a usted.	18,89	33184	0,555	0,509	0,906
50. La enfermera identifica cuándo es necesario llamar al médico.	19,17	30903	0,692	0,609	0,895

*El Alfa de Cronbach para esta dimensión es de 0.907.

Posteriormente se realizó un análisis factorial extrayendo los ítems: 2, 8, 29 y 39 que presentaron un Alfa inferior en donde se obtuvo una validez interna de 0.881. Luego se realizó una matriz de componentes rotados en donde se apreció que algunos de los componentes de las dimensiones no correspondían exactamente con las definidas por Larson (1998), encontrándose que algunos ítems tienden a mezclarse entre las dimensiones.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio indican que la versión corta del instrumento CARE-Q, se adaptó consistentemente en una población adulta colombiana, aun cuando se eliminó

algunos de los ítems del instrumento original a través de un análisis psicométrico, se logró obtener ítems consistentes en relación a lo conceptual y estadístico.

La versión corta del instrumento CARE-Q, adaptada a versión en español y aplicada en población colombiana tiene una validez interna inicial de 0.881. En todos los casos, los índice ítem-test fueron altos y los valores alfa corregidos obtenidos fueron aceptables y similares entre ellos.

Siguiendo el análisis de las propiedades psicométricas de la versión adaptada al español del instrumento CARE-Q, figuran unas estructuras factoriales subyacentes afines a las encontradas por la autora Patricia Larson.

De los 50 ítems iniciales que contenía el instrumento, se obtuvieron unos rangos altos en cada categoría y un alfa de Cronbach de 0.868, a la exclusión de los ítems sugeridos seguidos por el sistema estadístico para aumentar el coeficiente Alfa de Cronbach: 2, 8, 29 y 39 se obtuvo una validez interna del instrumento de fue de 0.881.

Es recomendable continuar con la validación de este instrumento, en la redistribución de ítems en las diferentes categorías y la eliminación de los ítems sugeridos en el análisis psicométrico con el objetivo de determinar la validez interna del instrumento.

Ante los resultados obtenidos, consideramos de interés proseguir el análisis sobre las propiedades psicométricas del instrumento Corto CARE-Q para evaluar su comportamiento en otras poblaciones, como se ha venido realizando con la versión en inglés. Además, como ya comentamos en el análisis de resultados, la investigación en este ámbito demanda estudios que clarifiquen las relaciones entre las diferentes dimensiones de satisfacción del cuidado.

El instrumento CARE-Q validado a la población colombiana quedó conformado en su fase inicial por 46 ítems.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los funcionarios del Centro de Investigación del Hospital Universitario Clínica San Rafael, por haber dado su autorización para la realización del estudio y por todo el apoyo brindado para la recolección de la información.

REFERENCIAS

1. Alacoque LE, Josete LL, Costa MI, Trevizan MA, Carvalho DC. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería. *Revista ciencia y enfermería* XI años. 2001; (2): 35-46.
2. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Calidad Asistencial* Barcelona. 2001; (16): 276-9.
3. Duque C. Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio promoción de la salud y la producción de conocimiento. *Rev. Investigación y Educación en Enfermería* Universidad de Antioquia. 1999; 17 (1): 75-85.

4. Martínez M., Avalo O., Quintero C. Calidad de los servicios de enfermería: ¿utopía o realidad? *Rev. desarrollo científico en enfermería*. 2001; 9 (3): 68–75.
5. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Otero M. Qué es la calidad en salud. Ed. Mc GrawHill. 2002: p. 45.
7. Jiménez M. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista mexicana de Enfermería cardiológica*. 2003; (2): 58–65.
8. Harcourt B. Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería, en: modelos y teorías en enfermería. 4ª ed. Madrid; 1999: p. 62–3.
9. Orrego S., Ortiz Z. Calidad del cuidado. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia. 2001; 19 (2): 78–83.
10. Wensley M. Calidad del cuidado del oficio de enfermería. *Hospital de St. Vincent*; 1994: p. 56.
11. Ariza C. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardíaco. *Hospital Universitario de San Ignacio Julio–Agosto 2001*. *Rev. Enfermería en cardiología*. 2004; 4: 6–10.
12. Afanador N. Indicadores de cuidado. *Rev. Actualizaciones en enfermería*. 2001; 4 (1). Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm>. Consultado en abril de 2008
13. Pascoe G. Patient satisfaction in primary healthcare: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983; 6: 185–210.
14. Castillo E., Chesla C., Echeverri G., Tascon E., Charry M., Chicangana J., Mosquera Y., Pomar D. Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención de la salud dada a adultos y niños con cáncer. *Colombia Médica*. 2005; 36 (3): 43–9.
15. Capetillo R., Hernández P., Delgado P., García M. Evaluación de la calidad del proceso de atención de enfermería del paciente hospitalizado. *Rev de ciencias médicas la habana*. 2000 6; (1): 56–61
16. Herman L.F. Helmholtz (Microsoft Corporation. Percepción.) *Enciclopedia Microsoft Encarta 2000*.
17. Armitage P., Berry G. Estadística para la investigación biomédica. Editorial Harcourt Brace. 1997; p. 57–60.
18. Parisi M. Temas de biofísica. Editorial Mc Graw–Hill. 2001. p. 98–102.
19. Merkouris M. et ál. Satisfacción paciente: un concepto dominante para evaluar y mejorar los servicios de enfermería. En: *Diario del Oficio de Enfermera Avanzado*. Canadá. 1999; 30 (5): 400.
20. Gattinara B., Ibacache J., Puente C., Giaconi J. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos norte e Ichilo, Bolivia. *Cad. Saúde*. Rio de Janeiro. 1995; 11 (3): 34–6.
21. Gilmore C., De Morales H., Manual de Gerencia de la Calidad. Washington: Fundación W.K. Kellog, Organización Panamericana de la Salud, 1996; p. 30–5
22. Razeghi G. El usuario y los servicios de salud. Ministerio de salud pública y asistencia social: diplomado gerencia de la calidad aplicada a salud pública. El Salvador; 2002: p. 7.
23. Diaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev. De Calidad Asistencial* 2002; 17 (1): 22–9.

24. Lee M. The Impact of Work Stressors on Caring Behaviors and Professional Job Satisfaction among Nurses in Taiwán. San Francisco: University Of California; 2004.