


Validez y confiabilidad de la versión colombiana de la escala de cuidado individualizado-paciente

Validity and reliability of the Colombian version of the individualized care scale patient

Nancy Viviana, Torres-Díaz¹  ; Bairon Steve Peña-Alfaro¹  

*nvtorresd@unal.edu.co

Forma de citar: Torres Díaz NV, Peña Alfaro BS. Validez y confiabilidad de la versión colombiana de la escala de cuidado individualizado-paciente. Salud UIS. 2024; 56: e24039. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.56.e:24039> 

Resumen

Introducción: la atención centrada en el paciente garantiza que durante la atención que este recibe se respeten y tengan en consideración sus preferencias y necesidades. Para ello, se requiere que durante las diferentes etapas de la atención exista una colaboración e interacción entre el paciente, su familia y los diferentes colaboradores de la institución de salud. **Objetivo:** evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Cuidado Individualizado, versión paciente (ICS-Paciente) en español. **Metodología:** se realizó una investigación metodológica en enfermería. La muestra de participantes correspondió a 170 pacientes internados en los servicios de hospitalización de un prestador de servicios de salud universitario en la ciudad de Bogotá. **Resultados:** la ICS-Paciente versión colombiana presentó índices de aceptabilidad para la validez facial superiores a 0,80 e índices de validez de contenido por ítem satisfactorios en el 91 % de los ítems evaluados. El análisis factorial de la ICS-Paciente reveló una solución de 2 factores para la parte A y de 3 factores para la parte B, que explicaron el 56,90 % y 60,40 % de la varianza respectivamente. La ICS-Paciente presentó en cada una de sus partes valores aceptables de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach Parte A: 0,935 – Parte B: 0,919). **Conclusiones:** la versión colombiana de la ICS-Paciente resultó ser un instrumento válido y confiable para evaluar el cuidado individualizado de enfermería recibido por los pacientes adultos hospitalizados.

Palabras clave: Atención de enfermería; Atención dirigida al paciente; Investigación metodológica en enfermería; Reproducibilidad de los resultados; Psicometría.

¹ Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Abstract

Introduction: Patient-centered care ensures that during the care they receive, the patient's preferences and needs are respected and taken into consideration. To achieve this, collaboration and interaction between the patient, their family and the various healthcare institution staff is required throughout the different stages of care. **Objective:** To evaluate the psychometric properties of the Individualized Care Scale, Patient version (ICS-Patient) in Spanish. **Methodology:** A methodological research in nursing was conducted. The sample of participants corresponded to 170 patients admitted to the hospitalization services of a university health service provider in the city of Bogotá. **Results:** The Colombian version of ICS-Patient presented acceptability indices for face validity higher than 0,80 and satisfactory content validity indices per item in 91% of the items evaluated. The factor analysis of ICS-Patient revealed a 2-factor solution for part A and a 3-factor solution for part B that explained 56,90% and 60,40% of the variance respectively. The ICS-Patient presented acceptable values of internal consistency in each of its parts (Cronbach's alpha coefficient Part A: 0,935 - Part B: 0,919). **Conclusions:** The Colombian version of the ICS-Paciente was found to be a valid and reliable instrument for assessing individualized nursing care received by hospitalized adult patients.

Keywords: Nursing care; Patient-centered care; Nursing methodological research; Reproducibility of results; Psychometrics.

Introducción

La atención centrada en el paciente garantiza que durante la atención que reciben los pacientes se respeten y tengan en consideración sus preferencias y necesidades, que reciban educación, que se les apoye para tomar decisiones de forma autónoma y que participen activamente de su propio cuidado. Para ello, se requiere que durante las diferentes etapas de la atención que recibe el paciente exista una colaboración e interacción entre el paciente, su familia, los diferentes integrantes del personal de salud, e incluso el personal administrativo de la institución¹.

Para asegurar la calidad de la atención de los servicios de salud y la satisfacción de las necesidades individuales de los pacientes, es indispensable un modelo de atención donde se trascienda de un enfoque biologicista a uno orientado a la atención integral del paciente con su participación.

Con base en lo anterior, investigadores enfermeros han planteado la necesidad de implementar un cuidado de enfermería centrado en el paciente, donde los profesionales consideren las necesidades, preferencias e intereses individuales de cada paciente para diseñar e implementar los planes de atención de enfermería². Así, al diseñar estos planes con base en las individualidades del paciente, se facilita que este participe activamente durante la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de las intervenciones para su cuidado y, a la vez, promueve el fortalecimiento de atributos importantes de la atención de enfermería como la comunicación asertiva, el respeto y la autonomía que

posee el paciente para decidir de manera informada sobre las atenciones que realmente desea recibir.

En esta misma línea, Suhonen et al. indican que el cuidado individualizado se refiere a “la opinión del paciente sobre la medida en que las actividades de enfermería apoyan la individualidad del paciente en la atención y la medida en que los pacientes perciben su atención como individual”³. Para desarrollar un cuidado individualizado es indispensable que el profesional de enfermería brinde una atención a su paciente considerando rasgos particulares de este como sus necesidades, sentimientos, experiencias, comportamientos y capacidades³. Respetar las preferencias del paciente en el cuidado individualizado resguarda su dignidad, promueve su participación y le empodera para ser parte de su proceso de recuperación de la salud⁴.

El cuidado individualizado de enfermería puede abordarse desde la perspectiva del paciente y la perspectiva del profesional. Desde el punto de vista del paciente, es posible evaluarlo con base en su percepción en dos dimensiones: 1) desde cómo su individualidad es apoyada por las intervenciones de enfermería y 2) cómo su individualidad es incorporada en el cuidado que recibe³.

En Colombia, el personal de la salud se encuentra inmerso en un contexto laboral en el cual las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) les exigen brindar una atención de alta calidad con base en sus competencias y funciones, junto con el desarrollo simultáneo de actividades administrativas o de gestión.

Sin embargo, en algunas instituciones existen barreras que impiden lograr esa atención de calidad como el déficit de personal asistencial, insumos y dispositivos médicos limitados, sobrecarga de actividades administrativas, déficit de tiempo para el desarrollo de actividades de cuidado directo, volúmenes altos de requerimientos por clientes internos de otros procesos y pacientes con altas demandas de cuidado y situaciones de salud complejas.

Este contexto, sin duda alguna, ha dificultado que en la práctica se pueda hablar de un cuidado individualizado de enfermería, cuando las barreras mencionadas anteriormente han contribuido a fenómenos que afectan la atención como deficientes ratios de enfermera-paciente en los servicios, delegación de la administración de medicamentos y cuidado profesional de enfermería al personal auxiliar, deficiencias en el diagnóstico, implementación y registros de planes de atención de enfermería en la historia clínica, entre otros. Para evaluar la atención centrada en el paciente existen instrumentos que pueden ser empleados por las diferentes disciplinas de las ciencias de la salud. Particularmente, para medir el cuidado individualizado de enfermería, se cuenta con instrumentos diseñados en diferentes lugares del mundo, los cuales han sido sometidos a investigaciones para determinar sus propiedades psicométricas.

Ante la necesidad de contar con una herramienta o instrumento adecuado para evaluar el cuidado individualizado de enfermería percibido y recibido por los pacientes en el contexto colombiano, se planteó como objetivo de esta investigación determinar las propiedades de validez y confiabilidad de la versión colombiana de la ICS-Paciente en un hospital universitario de Bogotá.

Metodología

Diseño: Estudio de tipo metodológico⁵.

Instrumento de medición: la ICS-Paciente ha sido identificada como una herramienta útil para medir, al momento del egreso hospitalario, la percepción del paciente del cuidado individualizado de enfermería recibido³. Así mismo, la ICS-Paciente se considera como una medida de calidad de la atención de enfermería recibida por los pacientes⁶.

La versión actual del instrumento (cuarta) se compone de dos subescalas: parte A y parte B, que desde el modelo conceptual corresponden con las dimensiones

del cuidado individualizado. La parte A se refiere a cómo el paciente percibe que se apoya su individualidad a través de las intervenciones de enfermería y la parte B a cómo percibe su propia individualidad durante las atenciones recibidas en la hospitalización². A su vez, cada una de las partes se compone de 3 dominios: i) características individuales del paciente en la situación clínica, ii) situación de la vida personal del paciente y iii) control decisional sobre su atención⁶.

ICS-Paciente se encuentra disponible en diferentes idiomas como finlandés (idioma original), alemán, inglés, portugués, castellano, entre otros⁷. La ICS-Paciente consta en total de 34 ítems, en donde cada una de las partes posee 17 ítems. Cada ítem puede ser respondido por el paciente mediante una escala Likert de 5 opciones, que oscila entre “Completamente en desacuerdo” (= 1) y “muy de acuerdo” (= 5). Para estimar la puntuación de cada subescala, se debe obtener el cociente de la suma del puntaje obtenido en la subescala entre el número de ítems⁶.

A través de diferentes investigaciones se han evaluado las propiedades métricas de las versiones de la ICS-Paciente en otros idiomas, obteniendo resultados de confiabilidad aceptables, particularmente sobre la consistencia interna, con valores del coeficiente alfa de Cronbach entre 0,92 y 0,97 para la Parte A y 0,86 y 0,97 para la Parte B^{2,3,6-10}. Así mismo, otras investigaciones han evaluado la validez de constructo obteniendo resultados interesantes^{2,7-10}.

Participantes: en la validez facial y de contenido por expertos participaron cinco enfermeros, número acorde con la recomendación descrita por algunos autores⁵. Todos los expertos contaban con formación de posgrado y solvente experiencia profesional en el área docente, administrativa o asistencial relacionada con el modelo de atención centrado en la persona y su familia. Para su selección se empleó un muestreo no probabilístico.

La validez facial por pacientes se realizó con cinco participantes, todos mayores de 18 años, hispanoparlantes, con dos o más días de internación en el servicio de hospitalización e indicación de egreso por parte del médico tratante. Ninguno de ellos presentaba alteración en el estado de consciencia, trastorno psiquiátrico o discapacidad cognitiva que impidiera su participación. Para su selección se empleó un muestreo no probabilístico.

La validez de constructo y confiabilidad se realizó con la participación de 170 pacientes de una IPS

universitaria ubicada en Bogotá D.C, con los mismos criterios de participación que fueron definidos en la validez facial. Para la estimación del tamaño de muestra se tuvo en cuenta las recomendación de al menos cinco participantes por cada ítem del instrumento^{11,12}. Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico de sujetos tipo¹³.

Recolección de la información y análisis de datos:

Validez facial: a cada uno de los expertos y de los pacientes se les entregó un formulario con la escala ICS-Paciente en español, adaptada culturalmente al contexto colombiano, con las variables a evaluar en esta fase: claridad, precisión y comprensión. El formulario fue enviado a cada experto por correo electrónico junto con el instructivo de diligenciamiento y se solicitó que la devolución del formulario diligenciado se hiciera también por correo electrónico. En los pacientes la aplicación del formulario se realizó en la institución hospitalaria de manera presencial por el investigador principal.

Para evaluar la claridad, precisión y comprensión, los expertos y pacientes calificaron cada ítem asignando un valor de uno si consideraban que cumplía con el criterio y cero cuando no. Adicionalmente, se incorporó un espacio en donde podían realizar comentarios relacionados con la redacción, ambigüedad de términos o recomendaciones sobre el lenguaje empleado.

Para la validez facial se empleó la estimación de un índice de aceptabilidad entre los participantes, permitiendo conocer el consenso entre los mismos en relación con la claridad, precisión y comprensión de cada uno de los ítems evaluados, siendo un método conveniente para realizar esta validación. Este índice se calculó dividiendo el total de participantes que consideraron que el ítem cumplía con el criterio entre el total de participantes. Índices iguales o superiores a 0,8 fueron considerados satisfactorios¹⁴.

Validez de contenido: A cada experto se envió, vía correo electrónico, el formulario y un instructivo con la escala ICS-Paciente. A cada una de las subescalas se agregaron columnas para evaluar por cada ítem la pertinencia, relevancia e incorporar observaciones de ser necesario. Los participantes calificaron cada ítem mediante una escala de 4 opciones para pertinencia (1 = “no pertinente”, 2 = “poco pertinente”, 3 = “pertinente” y 4 = “muy pertinente”) y para relevancia (1 = “no relevante”, 2 = “poco relevante”, 3 = “relevante” y 4 = “muy relevante”).

La pertinencia y relevancia se evaluó mediante el cálculo de un índice de validez de contenido por ítem (I-CVI) que se obtuvo al dividir el total de expertos que asignaron un valor de 3 o 4 al ítem entre el total de expertos. Un I-CVI con valor igual o superior a 0,78 fue considerado satisfactorio como lo sugieren algunos autores⁵. Para cada una de las subescalas se calculó un índice de validez de contenido (S-CVI) que se obtuvo al dividir la suma de los I-CVI entre el total de ítems de la subescala. Un S-CVI con valor igual o superior a 0,9 fue considerado satisfactorio⁵ y con valor entre 0,80 y 0,90 adecuado¹⁵.

Validez de constructo y confiabilidad: Los participantes diligenciaron el formulario con 34 ítems de la ICS-Paciente. El proceso de recolección de información se llevó a cabo entre los meses de agosto y diciembre de 2019.

Para determinar la factibilidad de realizar un análisis factorial se emplearon las prueba de esfericidad de Bartlett, la medida de adecuación global de Kaiser-Meyer-Olkin y el índice de adecuación de la muestra individual (MSA) por ítem^{11,12}.

Un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) fue realizado para cada una de las partes de la ICS-Paciente, empleando extracción de factores por componentes principales y como criterio para selección de factores a retener la regla de autovalores superiores a 1 de Kaiser^{11,12}.

Se utilizó una rotación oblicua (Promax) teniendo en consideración que las soluciones provistas por este tipo de rotaciones son más adecuadas para variables que se encuentran interrelacionadas^{12,16}. Para esto, también se tuvo en consideración lo indicado por la autora del instrumento sobre la interrelación de las dimensiones del cuidado individualizado³.

Para determinar la confiabilidad se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. Para este estudio, valores entre 0,70 y 0,90 se consideraron satisfactorios¹¹. Los cálculos estadísticos se realizaron empleando la versión 27 del software IBM SPSS.

Resultados

Validez facial por expertos: tanto para la parte A y B de la ICS-Paciente se obtuvieron índices globales de aceptabilidad satisfactorios en términos de claridad (Parte A: 0,87-Parte B: 0,86), precisión (Parte A: 0,88-Parte B: 0,84) y comprensión (Parte A: 0,93 – Parte B: 0,92).

Validez facial por pacientes: para la parte A y B de la ICS-Paciente se obtuvieron índices globales de aceptabilidad satisfactorios en términos de claridad (Parte A: 0,88-Parte B: 0,94), precisión (Parte A: 0,87-Parte B: 0,92) y comprensión (Parte A: 0,88-Parte B: 0,92).

A partir de las observaciones de los expertos y pacientes en esta etapa, se ajustaron en algunos ítems palabras que no son de común uso en el español colombiano y se incluyeron algunos ejemplos con el fin de dar mayor precisión y comprensión a dichos ítems.

Validez de contenido por expertos: los I-CVI de pertinencia y relevancia en la parte A presentaron valores entre 0,8 y 1, excepto para los ítems A07 (0,6) y A17 (0,6). El índice de S-CVI de pertinencia fue satisfactorio (0,91) y S-CVI de relevancia fue adecuado (0,89), con un CVI promedio de 0,90 para la parte A. Para la parte B se obtuvieron I-CVI en pertinencia y relevancia entre 0,8 y 1, excepto para el ítem B17 (0,4). El S-CVI fue satisfactorio en términos de pertinencia (0,91) y de relevancia (0,91), con un CVI promedio de 0,91 para la parte B.

Si bien los ítems A07, A17 y B17 no alcanzaron resultados satisfactorios en el I-CVI, se tomó la decisión de mantener estos ítems para los análisis de las siguientes fases considerando que el CVI promedio de cada parte fue satisfactorio y buscando conservar así la estructura original de la escala.

Validez de constructo: la ICS- paciente fue diligenciada por 172 pacientes. Se descartaron 2 formularios por

contener respuestas duplicadas o faltantes. Así, la muestra total fue de 170 pacientes hospitalizados. La edad promedio de los participantes fue 45,7 años (mínimo 18 años y máximo 90 años) y el 58 % ($n = 98$) de estos eran de sexo biológico femenino.

Pruebas de factibilidad para el análisis factorial: Para cada una de las partes, la prueba de esfericidad de Bartlett presentó valores con una p significativa (Parte A: 0,000-Parte B: 0,000). El KMO mostró valores cercanos a 1 (Parte A: 0,919 y Parte B: 0,921) y un MSA por ítem superior a 0,6 en todos los ítems clasificándose como índices regulares y meritorios para ejecutar un análisis factorial¹¹. Los resultados obtenidos en estas pruebas indicaron que era factible adelantar un AFE^{11,12}.

Análisis Factorial Exploratorio ICS-Paciente

La solución obtenida para la parte A de la ICS-Paciente se configuró con una estructura de 2 factores, con una varianza acumulada del 56,97 %. El mayor porcentaje de varianza explicada fue del factor 1 (49,83 %), por lo cual fue posible considerar como unidimensional la Parte A¹⁵, ver **Tabla 1**. La proporción explicada de cada uno de los ítems en la estructura factorial fue aceptable, toda vez que, todos los ítems presentaron comunalidad superior a 0,40¹¹.

Al efectuar la rotación promax, se obtuvo una estructura de 2 factores con una reorganización de los ítems como se muestra en la **Tabla 2**.

Tabla 1. Varianza y Comunalidad-Parte A

Factor	Varianza total explicada						Comunalidad	
	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Ítem	Extracción
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado		
1	8,471	49,832	49,832	8,471	49,832	49,832	A01	0,571
2	1,215	7,144	56,977	1,215	7,144	56,977	A02	0,475
3	0,928	5,458	62,434				A03	0,48
4	0,848	4,986	67,42				A04	0,411
5	0,78	4,59	72,01				A05	0,689
6	0,676	3,974	75,984				A06	0,672
7	0,628	3,696	79,68				A07	0,706
8	0,566	3,331	83,011				A08	0,585
9	0,491	2,891	85,901				A09	0,464
10	0,412	2,422	88,323				A10	0,543

Factor	Varianza total explicada						Comunalidad	
	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Ítem	Extracción
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado		
11	0,392	2,308	90,631				A11	0,625
12	0,364	2,143	92,774				A12	0,677
13	0,329	1,938	94,711				A13	0,623
14	0,305	1,795	96,507				A14	0,589
15	0,245	1,442	97,949				A15	0,609
16	0,202	1,191	99,14				A16	0,543
17	0,146	0,86	100				A17	0,422

Fuente: Base de datos de los autores.

Tabla 2. Matriz de Patrón-Parte A

Ítem	Factor	
	1	2
A05	0,962	-0,224
A07	0,874	-0,052
A01	0,832	-0,123
A11	0,822	-0,048
A06	0,817	0,005
A17	0,674	-0,038
A10	0,616	0,167
A09	0,572	0,150
A16	0,563	0,231
A04	0,550	0,127
A03	-0,401	0,891
A12	-0,013	0,831
A02	0,164	0,569
A13	0,306	0,552
A14	0,312	0,524
A08	0,361	0,476
A15	0,424	0,432

La solución que se obtuvo para la parte B fue de una estructura de 3 factores y con un porcentaje acumulado de varianza del 60,40 %. El mayor porcentaje de varianza explicada fue del factor 1 (44,65 %), por lo cual fue posible considerar como unidimensional la Parte B de la escala¹².

Al verificar las comunalidades de la extracción se evidenció que los ítems poseían cargas superiores a 0,40, excepto el ítem B12.

En la **Tabla 4** se puede observar la estructura de 3 factores y la reorganización de los ítems obtenida tras efectuar la rotación promax.

Validez y confiabilidad de la versión colombiana de la escala de cuidado individualizado-paciente

Tabla 3. Varianza y Comunalidad-Parte B

Factor	Varianza total explicada						Comunalidad	
	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Ítem	Extracción
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado		
1	7,591	44,651	44,651	7,591	44,651	44,651	B01	0,553
2	1,616	9,506	54,157	1,616	9,506	54,157	B02	0,49
3	1,061	6,244	60,401	1,061	6,244	60,401	B03	0,685
4	0,913	5,373	65,774				B04	0,642
5	0,794	4,668	70,443				B05	0,707
6	0,774	4,555	74,998				B06	0,771
7	0,71	4,175	79,173				B07	0,762
8	0,549	3,232	82,405				B08	0,554
9	0,499	2,934	85,339				B09	0,486
10	0,496	2,919	88,258				B10	0,531
11	0,427	2,513	90,772				B11	0,662
12	0,388	2,284	93,055				B12	0,365
13	0,31	1,823	94,878				B13	0,55
14	0,261	1,535	96,413				B14	0,674
15	0,239	1,408	97,822				B15	0,538
16	0,211	1,244	99,065				B16	0,633
17	0,159	0,935	100				B17	0,663

Fuente: Base de datos de los autores.

Tabla 4. Matriz de Patrón-Parte B

Ítem	Factor		
	1	2	3
B07	0,911	-0,045	-0,084
B06	0,875	-0,023	0,015
B05	0,861	-0,05	-0,036
B04	0,837	0,002	-0,092
B08	0,800	0,042	-0,192
B01	0,772	0,138	-0,175
B10	0,707	0,059	0,022
B09	0,689	-0,146	0,037
B02	0,617	0,276	-0,033
B13	0,617	-0,082	0,241
B14	0,607	-0,003	0,351
B16	0,538	-0,019	0,402
B12	0,379	0,344	0,111
B03	0,082	0,827	-0,107
B17	-0,093	0,757	0,242
B11	-0,307	0,162	0,858
B15	0,348	-0,146	0,529

Confiabilidad: Cada una de las partes de la ICS-Paciente presentó valores de coeficiente de Alfa de Cronbach cercanos a uno (Parte A: 0,935 y Parte B: 0,919), lo cual demuestra que la consistencia interna de cada una de las partes es aceptable.

Discusión

Los resultados obtenidos en el AFE y la interpretación de la reorganización de los ítems en cada una de las partes permiten evidenciar que la versión colombiana de la ICS-Paciente cumple con el propósito de evaluar el concepto de cuidado individualizado, tal como lo plantea la autora del instrumento.

De acuerdo con la estructura obtenida para la parte A, se observa como en los 2 factores se reorganizan ítems que originalmente hacían parte de los tres dominios teóricos¹⁷. El factor 1 se configuró con 10 ítems, en donde la mayoría de estos hacían parte del dominio de situación clínica del paciente causada por la hospitalización. Por su parte, el factor 2 se constituyó de 7 ítems, de los cuales el mayor número originalmente hacían parte del dominio de control decisional sobre la atención.

Al examinar detalladamente los ítems que conformaron el factor 1 de la parte A, se evidenció un elemento común en la forma en la que están redactados estos ítems, los cuales incluyen acciones como observar, expresar, escuchar, preguntar y conversar, las cuales son características fundamentales de la interacción enfermero-paciente. Sin duda, estas actividades facilitan considerar la individualidad del paciente al momento de planear y ejecutar las intervenciones de enfermería³.

En cuanto a la estructura de 3 factores obtenida para la parte B, llama la atención como en la reorganización de ítems, 13 de estos se agruparon en el factor 1, incluyendo ítems que originalmente hacían parte de los 3 dominios conceptuales, predominando ítems del dominio de situación clínica del paciente causado por la hospitalización.

Al analizar en detalle los ítems de la parte B, se identificó que la forma como están redactados no facilita que el paciente asocie la atención recibida a intervenciones específicas de enfermería, lo cual podría llegar a ser un elemento de confusión al momento que el paciente diligencie el instrumento. Lo anterior, fue evidente durante la recolección de información, donde fue necesario precisar a los pacientes que los ítems de la parte B se referían a las actividades realizadas por el

profesional de enfermería y no por el personal auxiliar de enfermería.

La estructura factorial subyacente obtenida para cada una de las partes mostró que los factores de la parte A y el factor 1 de la parte B incorporaron ítems que originalmente hacían parte de los 3 dominios conceptuales del instrumento, situación que puede tener origen en la correlación existente entre los dominios al interior de cada dimensión del cuidado individualizado^{3,18}.

Los resultados de la validez de constructo obtenidos en este estudio difieren de los presentados en otras investigaciones. Particularmente, para la parte A la estructura obtenida fue de dos factores según los criterios definidos para la retención de factores establecidos al inicio del análisis. Para la parte B, la solución obtenida de 3 factores fue similar a la presentada en otras investigaciones. En este mismo sentido, los porcentajes de varianza identificados en el presente estudio en cada una de las estructuras obtenidas (Parte A: 56,9 % - Parte B: 60,4 %), se encuentran entre los rangos de porcentaje de varianza explicada por las soluciones obtenidas en investigaciones europeas (58 % al 79 %)^{2,7-10}.

La reagrupación de los ítems en cada una de las estructuras obtenidas para las partes A y B no corresponde con la distribución original de estos en las dimensiones conceptuales del instrumento, resultado que también se ha observado en otras investigaciones^{7,8}. Este hallazgo podría estar asociado a las diferencias en la concepción, significado y experiencia personal de los pacientes con el cuidado individualizado de enfermería recibido, el cual sin duda alguna se puede ver afectado en su percepción por el entorno directo de cuidado y el contexto institucional en el cual el paciente recibe la atención, como se ha visto en otras investigaciones⁷. En cuanto a la confiabilidad de la ICS-Paciente, en línea con otras investigaciones^{2,3,6-10}, los coeficientes de Alfa de Cronbach obtenidos en el presente estudio (Parte A: 0,935-Parte B: 0,919) permitieron identificar un nivel satisfactorio de consistencia interna^{11,19,20}.

Como limitaciones de la presente investigación se encuentra que, por una parte, la muestra empleada en la validez de constructo provenía únicamente de una institución hospitalaria, lo cual impide generalizar los resultados a otras IPS en Colombia. Adicionalmente, el hospital donde se realizó la investigación no contaba con una certificación, nacional o internacional, que garantizará que su modelo de atención correspondiera con los principios de un modelo de atención centrado en

el paciente, lo cual pudo incidir en que las actividades del cuidado de enfermería no se ajustaran totalmente con las características propias de este tipo de modelos de atención.

Conclusiones

La ICS-Paciente versión colombiana demostró ser válida y confiable para su uso en la medición del cuidado individualizado de enfermería en el ámbito hospitalario. Se recomienda continuar investigando con la ICS-Paciente versión colombiana para ampliar la evidencia de las propiedades psicométricas de la escala, especialmente para determinar otros atributos de la confiabilidad.

Por otra parte, se sugiere que, para futuras investigaciones, se ajuste la redacción de algunos ítems de la parte B especificando que las actividades indagadas corresponden al cuidado brindado por el profesional de enfermería, buscando así evitar posibles confusiones en los pacientes. De la misma forma, se recomienda que, al momento de aplicar la escala, el paciente esté acompañado de personal que conozca la escala y pueda resolver satisfactoriamente las inquietudes que pueda presentar el paciente.

Consideraciones éticas

Para esta investigación se tuvieron en cuenta las pautas científicas, técnicas y administrativas establecidas en la Resolución 8430 de 1993 y las definidas en la Ley 911 de 2004 en materia de responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación.

Esta investigación se basó en una tesis en el marco del programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

El estudio contó con el aval 007-18 del Comité de Ética de la investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Para adelantar esta investigación en la institución hospitalaria, se contó con el aval del comité de ética de la investigación.

Los pacientes que aceptaron participar lo hicieron voluntariamente firmando el consentimiento informado previamente al diligenciamiento del formulario.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Financiación

Recursos propios de los autores.

Referencias

1. Wolf D, Lehman L, Quinlin R, Rosenzweig M, Friede S, Zullo T, et al. Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? *J Nurs Adm.* 2008; 38(12): 532–540. doi: <https://doi.org/10.1097/nna.0b013e31818cbf4f>
2. Köberich S, Farin E. A systematic review of instruments measuring patients' perceptions of patient-centred nursing care. *Nurs Inq.* 2015; 22(2): 106–120. doi: <https://doi.org/10.1111/nin.12078>
3. Suhonen R, Leino-Kilpi H, Välimäki M. Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *J Eval Clin Pract.* 2005; 11(1): 7–20. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2003.00481.x>
4. Frampton S, Guastello S, Brady C, Hale M, Sheryl H, Smith S, et al. *Patient-Centered Care. Improvement Guide.* Derby, CT, Camden, ME: Planetree, Inc. Planetree, Inc. and Picker Institute; 2009. p. 247.
5. Polit D, Beck C. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* Tenth edit. Wolters Kluwer, editor. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. 1164 p.
6. Köberich S, Suhonen R, Feuchtinger J, Farin E. The German version of the individualized care scale - Assessing validity and reliability. *Patient Prefer Adherence.* 2015; 9: 483–494. doi: <https://doi.org/10.2147/ppa.s77486>
7. Rodríguez-Martín B, Martín-Martín R, Suhonen R. Individualized Care Scale-patient: A Spanish validation study. *Nurs Ethics.* 2019; 26(6): 1791–804. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733018769351>
8. Amaral A. Translation and Validation of the Individualized Care Scale. *Int J Caring Sci.* 2014; 7(1):90.
9. Petroz U, Kennedy D, Webster F, Nowak A. Patients' Perceptions of Individualized Care: Evaluating Psychometric Properties and Results of the Individualized Care Scale. *Can J Nurs Res CJNR.* 2011; 43(2): 80–100.
10. Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, et al. Adapting the Individualized Care Scale for cross-cultural comparison. *Scand J Caring Sci.* 2010; 24(2): 392–403. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00712.x>

11. Ruiz A, Gómez C. Epidemiología clínica, Investigación Clínica aplicada. 2da Edición. Bogotá: Panamericana E médica, editor; 2015. 625 p.
12. Tornimbeni S, Pérez E, Olaz F. Introducción a la psicometría. 1ra Edición. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2008. 288 p.
13. García Cabrero B. Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos. 1ra edición. Moderno EM, editor. México DF: UNAM; 2009. 182 p.
14. Ecurra L. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Rev Psicol.* 1988; 6(1-2): 103-111. doi: <https://doi.org/10.18800/psico.198801-02.008>
15. 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): 4-11.
16. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada Introducción Determinación de la adecuación del Análisis. *An Psicol.* 2014; 30(3): 1151-1169. doi: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
17. Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Testing the individualized care model. *Scand J Caring Sci.* 2004; 18(1): 27-36. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00255.x>
18. Suhonen R, Välimäki M, Katajisto J. Individualized care in a finnish healthcare organization. *J Clin Nurs.* 2000; 9(2): 218-227. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00362.x>
19. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011; 2: 53-55. doi: <https://doi.org/10.5116%2Fijme.4dfb.8dfd>
20. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta. México D.F: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores SADC., editor; 2014. 600 p.