



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 27 No. 2

Junio de 2024

DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA COMUNICACIÓN INTRAPROFESIONAL EN ENFERMERAS DE HOSPITALES GENERALES

Karen Natali Gutiérrez Camargo¹, Juan Pineda Olvera², Ana María Lara Barrón³ y Alejandra Valencia Cruz⁴

Instituto Mexicano del Seguro Social
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

Antecedentes: La comunicación incompleta, inadecuada o no documentada en enfermería pone en riesgo el cuidado de los pacientes. El objetivo del presente estudio fue diseñar un instrumento para evaluar la comunicación intraprofesional en enfermeras/os de hospitales generales. Método: Estudio instrumental. Se delimitó el constructo y se definieron sus componentes. Se obtuvo validez de contenido a partir de jueceo de expertas, cálculo de razón de validez de contenido y laboratorio cognitivo. El instrumento quedó conformado por 67 ítems, medidos con una escala likert; esta versión se aplicó a 146 enfermeras. Se calcularon sus propiedades métricas. Resultados: El análisis factorial exploratorio produjo dos dimensiones: prueba de bartlett ($p \leq 0.01$) y varianza explicada de 50%. La dimensión referente al intercambio de información obtuvo un índice de kaiser-meyer-olkin (kmo) de 0.79, la dimensión concerniente a eficacia expresiva alcanzó un kmo de 0.76. Valor global de consistencia interna por factor: "información emitida" ($\alpha = 0.69$); "información recibida" ($\alpha = 0.74$); "eficacia expresiva" ($\alpha = 0.79$); "dificultad de expresión" ($\alpha = 0.68$); "escucha activa" ($\alpha = 0.56$). Conclusiones: El instrumento cuenta con un sustento teórico sólido que lo avala para evaluar la comunicación intraprofesional en enfermeras/os, así como con validez y confiabilidad en algunas dimensiones. Requiere el rediseño a partir de los factores

¹ Enfermera Quirúrgica. Instituto Mexicano del Seguro Social camargo08natali@gmail.com

² Profesor de carrera titular C. Facultad de estudios superiores Iztacala juanpineda57@yahoo.com.mx

³ Profesora de carrera titular C. Facultad de estudios superiores Iztacala anamaryl@unam.mx

⁴ Profesora titular A de tiempo completo, miembro del laboratorio de psicometría y evaluación en la Facultad de Psicología UNAM. avc@unam.mx

subyacentes manifestados por la población de estudio, además, es necesario obtener confiabilidad y validez a partir de otros métodos, así como establecer puntos de corte.

Palabras clave: diseño de un instrumento, comunicación intraprofesional, enfermería

DESIGN OF AN INSTRUMENT TO ASSESS INTRAPROFESSIONAL COMMUNICATION TO GENERAL HOSPITAL NURSES

ABSTRACT

Background: The incomplete, inadequate or undocumented communication in nursing puts patient care at risk. The aim of the present study was to design an instrument to assess interprofessional communication in nurses in general hospitals. Method: Instrumental study. The construct was delimited, and its components were defined. Content validity was obtained from expert judgment, calculation of content validity ratio and cognitive laboratory. The instrument consisted of 67 items, measured with a likert-type scale; this version was applied to 146 nurses. Its metric properties were calculated. Results: The exploratory factor analysis yielded two dimensions: bartlett's test ($p \leq 0.01$) and explained variance of 50%. The dimension concerning information exchange obtained a kaiser-meyer-olkin index (kmo) of 0.79, the dimension concerning expressive efficacy reached a kmo of 0.76. Overall internal consistency value per factor: "information given" ($\alpha = 0.69$); "information received" ($\alpha = 0.74$); "expressive efficacy" ($\alpha = 0.79$); "difficulty of expression" ($\alpha = 0.68$); "active listening" ($\alpha = 0.56$). Conclusions: The instrument has a solid theoretical support to evaluate intraprofessional communication in nurses, as well as its validity and reliability in some dimensions. Needs to be redesigned based on the underlying factors expressed by the study population, in addition, it is necessary to obtain reliability and validity based on other methods, as well as to establish cut-off points. Keywords: design of an instrument, interprofessional communication, nursing.

Es importante mejorar la comunicación dado el impacto y repercusiones que una comunicación incorrecta e inoportuna tiene en la población atendida; eventos adversos como el error en el sitio quirúrgico, retraso en el tratamiento, fallas y equivocaciones en la medicación están asociados a la comunicación (Joint Commission, 2017, p. 2). "Los cortocircuitos en la comunicación entre los profesionales de la salud y entre ellos y sus pacientes afectan seriamente la seguridad de la atención y son una de las principales causas de juicios por responsabilidad profesional" (Vítolo, 2011, p. 1).

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de Estados Unidos reportó que las fallas en la comunicación están asociadas en más de 70% de los casos a daños graves en los pacientes, por encima de factores como falta de personal y pobre capacitación técnica (en Vítolo, 2011, p. 1). España evidenció que la comunicación deficiente entre los profesionales de la salud es un factor vinculado a sucesos adversos, que pueden ser evitables hasta en 96.4% de las ocasiones (Guerra-García et al., 2018, p. 491).

“La mayoría de los estándares de acreditación de establecimientos de salud requieren que las instituciones evalúen, midan y, si es necesario, tomen acciones para mejorar la comunicación efectiva y oportuna”, (Joint Commission, 2008, en Vítolo, 2011, p. 5) para ello, precisamos de instrumentos que demuestren de forma empírica y experimental su validez y fiabilidad, cuyo uso sea factible en la práctica (Leal-Costa et al., 2016, p. 49).

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), dentro del marco de competencias que los/las enfermeras deben cubrir para el ejercicio profesional, valora la comunicación terapéutica y relaciones interpersonales, sin embargo, no establece criterios ni pruebas de medición; refiere que dicho trabajo debe realizarse en cada país debido a que los factores del contexto local influyen en el ejercicio profesional (Alexander y Runciman, 2003, p. 5).

España dispone de instrumentos para medir la habilidad comunicativa; no obstante, la convergencia entre distintos instrumentos se ha analizado en escasas ocasiones, casi todos han demostrado ser fiables, aunque pocos han realizado un análisis test-retest. Además, casi ningún estudio da importancia a la creación del instrumento cuando éste es un proceso indispensable para que la futura herramienta tenga adecuadas propiedades psicométricas (Leal-Costa et al. 2016).

Fuentes-Colmenero (2019) realizó una revisión sistemática de literatura sobre comunicación enfermera-médico, la cual muestra escasez de investigación en el habla hispana y en el contexto de hospitalización, así como pobre rigor metodológico debido a que únicamente dos estudios emplearon instrumentos, escalas o cuestionarios validados, lo que conlleva a resultados no válidos (p. 168).

En cuanto a la comunicación entre el gremio de enfermería, existe poca evidencia. Guevara y Arroyo (2014) realizaron la revisión de 80 artículos referentes a la transferencia de información y comunicación durante el cambio o enlace de turno en los idiomas español, inglés y portugués, de los cuales fueron seleccionados 50; estos evidenciaron que existe una tendencia hacia estudios cualitativos, además, se encontró que la investigación sobre el tema es escasa en países de habla hispana, ya que sólo 6% de los trabajos fueron escritos en español (p. 403).

En la actualidad, en México no existe una herramienta que evalúe la comunicación entre los profesionales de enfermería; por tanto, el diseño de un instrumento que permita evaluar la comunicación intraprofesional, válido, confiable, de fácil aplicación y uso en la práctica, puede contribuir a generar datos estadísticos que evidencien las áreas de oportunidad, además de evaluar las acciones que se implementen para mejorar la comunicación entre integrantes del gremio.

MÉTODO

Se realizó un estudio instrumental enfocado en el diseño de una escala para evaluar la comunicación intraprofesional en enfermeras/os de hospitales generales, el cual incluye el diseño y análisis de sus propiedades métricas (Montero y León, 2005, p. 124).

Con el objetivo de delimitar el constructo que da origen al diseño del instrumento, se revisó la teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick et al. (1991), el modelo de comunicación de David Berlo (1984), y el manual de habilidades sociales de Vicente Caballo (2007); en lo que respecta a enfermería, se estudió el modelo de comunicación y coordinación de Diane Irvine, Souraya Sidani y Linda McGillis (1998), así como las recomendaciones hechas por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (en Alexander y Runciman, 2003) y el panel de expertos que estableció las *Core Competencies* para el equipo interprofesional de salud (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011); también se utilizó la definición de comunicación descrita por Leal-Costa et al. (2016, p. 51).

Finalmente, se definió el constructo “Comunicación Intraprofesional en enfermería” como: conjunto de técnicas y conductas verbales y no verbales, emitidas por una

enfermera/o en un contexto intraprofesional en el cual expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa enfermera/o de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas al cumplir con eficacia expresiva, exactitud de la información emitida y satisfacción con la información recibida entre los interlocutores (Caballo, 1986, en Caballo, 2007, p. 6).

Una vez realizada la delimitación conceptual del constructo, se efectuó la adecuación de sus componentes a través de la definición operacional y el desarrollo de ítems contenidos en la tabla de especificaciones; ésta cuenta con 3 dimensiones y 16 subdimensiones compuestas por 81 ítems, cabe resaltar que estos fueron contruidos a partir de la revisión bibliográfica tanto empírica como teórica, además, la cantidad propuesta varía por subdimensión en función de la definición semántica de cada dimensión y están formulados en dos sentidos: positivos y negativos (Soriano, 2014, p. 25; Kerlinger, 2008, p. 50).

Posterior a la delimitación de los elementos que sustentan el constructo, se evaluó la definición conceptual y el contenido; la revisión se realizó por un panel de cinco juezas y expertas, cuya especialización, experiencia profesional académica o investigativa está relacionada con la comunicación o el diseño y validación de instrumentos (Soriano, 2014, p. 25; Supo, 2013, pp. 22-23) .

Tres juezas evaluaron el contenido de cada uno de los ítems en términos de pertinencia, relevancia, objetividad, claridad y coherencia de la redacción y su relación con la dimensión propuesta, esto a partir de una escala Likert, donde: 1= deficiente, 2= aceptable, 3= bueno, 4= excelente.

Dos de las juezas evaluaron de manera cualitativa la semántica del constructo, dimensión, subdimensión y los ítems respectivos.

La suficiencia de ítems por subdimensión, adecuación del instrumento a la población evaluada, instrucciones y opciones de respuesta fueron evaluadas por las cinco juezas a través de preguntas abiertas al final de cada subdimensión, además, determinaron si cada una de las subdimensiones contribuye a medir el constructo en estudio.

Posterior a la emisión de las observaciones y resultados del jueceo, se realizó el análisis cuantitativo de cada ítem a partir del índice Content Validity Ratio (CVR'), con la siguiente fórmula: $CVR' = ne/N$ (Tristán-López, 2008, p. 44). en donde se consideraron como categorías esenciales en cada ítem las opciones 3 y 4, correspondientes a bueno y excelente, respectivamente; también se dio importancia a los valores de la siguiente forma: 1. Pertinencia, 2. Relevancia, 3. Objetividad, 4. Claridad, 5. Coherencia.

Los resultados del cálculo CVR' indicaron que los ítems 3 y 14 debían ser eliminados, además, a partir de las observaciones hechas por las juezas, se mejoraron y redefinieron los ítems y sus dimensiones.

Luego de aplicados los ajustes propuestos, se validó el instrumento en personas ajenas a la población en estudio con las mismas características (Supo, 2013, p. 29). Para ello, se realizó un laboratorio cognitivo en donde participaron seis enfermeras y un enfermero, cuatro tienen nivel académico de licenciatura y dos carrera técnica profesional, con experiencia profesional de entre 5 y 22 años.

El laboratorio consistió en informar sobre los objetivos de éste, firma de consentimiento informado y la aplicación individual del instrumento a partir de una liga de acceso a Google Formulario. Durante la aplicación, se respondieron todas las dudas que surgieron en el momento y se documentaron; al término de la aplicación, se entregó una guía de preguntas para recolectar la apreciación individual y sugerencias al instrumento.

A continuación, se observó consenso sobre la redundancia en algunos ítems, por tanto, en un segundo momento, se invitó nuevamente a revisar cada pregunta en forma física (con papel y lápiz) para proponer mejoras en la redacción e identificar los ítems redundantes, proceso en el que sólo tres enfermeras aceptaron participar. Finalmente, el instrumento quedó integrado por 67 ítems, 26 negativos y 41 positivos, en escala Likert que va de "nunca" hasta "siempre", dispuestos de manera aleatoria para su aplicación (Supo, 2013, p. 29).

Instrumento

Se utilizó el instrumento previamente diseñado, con evidencia de validez de contenido, éste pretende evaluar lo concerniente a la "Exactitud de la información

emitida”, emplea 14 ítems; la segunda dimensión evalúa lo concerniente a la “Satisfacción de la información recibida” a partir de 10 ítems; la tercera y última dimensión intenta evaluar la “Eficacia expresiva”, esto con el uso de 43 ítems.

PROCEDIMIENTO

A partir de una muestra no probabilística (Hernández et al., 2014, p. 176), se aplicó el instrumento durante octubre y noviembre de 2021 en tres hospitales generales de dos instituciones públicas a personal de Enfermería a través de Google Formulario como instrumento de autoaplicación.

Se contactó a cada persona en el hospital y servicio de adscripción, se utilizó el consentimiento informado para estructurar la información concerniente al estudio proporcionada a cada participante. Se procedió a compartir el vínculo o link por WhatsApp para acceder al cuestionario y ser llenado una sola vez por cada participante en el momento elegido por ellos; contaron con siete días posteriores a la recepción de la liga y un tiempo estimado de respuesta de 30 minutos.

Para retribuir, motivar y recordar la participación, se envió un agradecimiento con el nombre o pseudónimo de cada persona en el cuarto día.

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el paquete estadístico SPSS. 25. Para obtener evidencias de validez, se realizó la prueba estadística análisis factorial exploratorio (AFE) (Pérez y Medrano, 2010, p. 58).

Para determinar si los ítems están suficientemente interrelacionados, se utilizó la prueba de Bartlett (Pérez y Medrano, 2010, p. 61) ; en cuanto al grado de adecuación del análisis factorial, se evaluó el tamaño de las correlaciones entre los ítems, tamaño de muestra, número de factores y de ítems a través del cálculo de la medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (en Lloret-Segura et al., 2014, p. 1159).

Previo al AFE, fueron corroborados los supuestos de normalidad, linealidad y multicolinealidad, no obstante, para el supuesto de normalidad, no se consideró la prueba de Shapiro-Wilk y Kolmogorov-Smirnov, ya que es demasiado sensible a pequeñas desviaciones con muestras de gran tamaño (Pérez, 2004, citado en Pérez

y Medrano, 2010, p. 60); por lo contrario, se empleó el índice de asimetría y curtosis ± 1.5 , que indica variación leve de la normal (George y Mallery, 2001, citado en Pérez y Medrano, 2010, p. 60).

Otro método empleado fue la visualización de gráficos de *q-q plot* (Pérez y Medrano, 2010, p. 60). Durante la comprobación del supuesto, se observó que los ítems 02, 61, 18, 13, 58, 81, 26, 52, 41, 79, 09, 15, 10, 12, 37, 80 y 05 presentaron una distribución sesgada a puntuaciones altas o bajas, lo que sugiere que podrían ajustarse mejor a una escala de respuesta dicotómica, no obstante, al haber sido administrados a partir de una escala politómica y no cumplir con el supuesto de normalidad, fueron excluidos para el análisis factorial.

Para el supuesto de linealidad, se observaron los diagramas matriciales de dispersión y, finalmente, el supuesto de multicolinealidad se evaluó con la matriz de correlación rotada de componentes principales varimax, se contemplaron valores superiores a 0.40 (Méndez y Rondón, 2012, p. 205) .

RESULTADOS

Participaron 146 profesionales de enfermería, en su mayoría, mujeres (83%) entre 20 y 60 años, con nivel de estudios técnico (43%), seguido de licenciatura (41%); las informantes brindan atención directa al paciente y están asignadas principalmente al área de hospitalización (45%); la mayor proporción tiene experiencia laboral de entre 1 y 15 años (76%).

El análisis factorial exploratorio del instrumento aplicado agrupó 15 factores, no obstante, presenta ítems que cargan en más de un factor o que no tienen congruencia teórica entre ellos; algunos factores tienen menos de 3 ítems. Al removerse los ítems con mal funcionamiento, se observó una pérdida importante de reactivos, por lo que se decidió realizar el análisis factorial en dos dimensiones: la primera analiza todos los ítems que hacen referencia al intercambio de información, y la segunda, lo concerniente a la forma de expresión. El análisis final de la primera dimensión agrupó dos factores: el primero integra lo referente a la información emitida y el segundo a la información recibida a partir de 10 ítems, cuenta con una interrelación entre ítems estadísticamente significativos (Bartlett $p < 0.01$), además

de una correlación parcial satisfactoria (KMO= 0.79) y varianza explicada de 50 por ciento.

Ítem	Factor	
	1	2
78 Cuando alguna situación de cuidado al paciente involucra a otras/os compañeras/os, se los hago saber en el tiempo pertinente.	.754	
04 Cuando informo el estado del paciente a mis compañeras/os, atiendo las dudas que puedan surgir.	.746	
19 Cuando coordino el cuidado de los pacientes, me aseguro de que mis compañeras/os hayan entendido la información que les proporcioné preguntando si tienen alguna duda.	.664	
08 Cuando coordino o informo aspectos sobre el cuidado del paciente, suelo hacer pausas que les permitan a mis compañeras/os asimilar lo que estoy diciendo.	.642	
06 Cuando informo a mis compañeras/os el estado del paciente, me guío de las notas hechas durante la jornada para no omitir algún dato.	.536	
24 Me informan aspectos relevantes o importantes del paciente tiempo después y no en el momento preciso.		.725
25 Cuando mis compañeras/os comentan acerca de los cuidados del paciente, abordan aspectos poco importantes.		.704
29 Mis compañeras/os me proporcionan información suficiente sobre el cuidado y/o el estado de salud de los pacientes.		.695
40 Mis compañeras/os me dan información del cuidado de los pacientes de manera cálida, cordial y con tacto.		.687
23 Recibo información de mis compañeras/os sobre los pacientes en el momento preciso.		.673

Tabla 1. Esta tabla muestra los resultados del Análisis Factorial Exploratorio de la dimensión “Intercambio de información”

La segunda dimensión en el análisis final integró 14 ítems que cuentan con una interrelación estadísticamente significativa (Bartlett $p < 0.01$), además de una correlación parcial satisfactoria (KMO= 0.76) y varianza explicada de 50%. Están agrupados en tres factores: eficacia expresiva, dificultad de expresión y escucha activa.

Ítem	Factores		
	1	2	3
36 Cuando alguna compañera/o hace o expresa algo que no me gusta, se lo hago saber.	.784		
35 Cuando alguna compañera/o me trata injustamente, se lo hago saber.	.766		
44 Cuando estoy hablando con mis compañeras/os y alguna/o me interrumpe en medio de una conversación, le pido cordialmente que espere hasta que haya acabado.	.745		
51 Cuando no estoy de acuerdo con alguna de mis compañeras/os en opiniones de trabajo, expreso mi punto de vista.	.713		
76 Cuando alguna compañera/o me expresa algo que no me gusta o con lo que no estoy de acuerdo, se lo digo respetuosamente.	.578		

34 Cuando no estoy de acuerdo en algo respecto al cuidado de los pacientes, expongo mis opiniones al grupo.	.525
33 Cuando me encuentro en una situación donde tengo una opinión diferente a la de mis compañeras/os, se me dificulta aclararlo.	.706
72 Cuando alguna compañera/o me dice algo que considero incorrecto, me cuesta trabajo expresar desacuerdo.	.661
39 Cuando alguna compañera/o me pide hacerme cargo de algo y no quiero hacerlo, me cuesta trabajo rechazar su petición.	.647
73 Cuando alguna compañera/o dice algo diferente a lo que yo pienso, me es difícil aceptarlo.	.606
77 Aunque me moleste que mis compañeras/os no estén de acuerdo conmigo, me quedo callada/o.	.562
47 Escucho las ideas de mis compañeras/os, aunque no las comparto.	.744
63 Cuando mis compañeras/os me comentan sobre situaciones complejas ocurridas durante el cuidado del paciente, pido recomendaciones que pudieran ayudarme.	.702
48 Cuando una compañera/o dice algo respecto a mi trabajo, la/lo escucho sin incomodarme u ofenderla/lo.	.650

Tabla 2. Esta tabla muestra los resultados del Análisis Factorial Exploratorio de la dimensión “Eficacia Expresiva”

Una vez determinados los ítems que poseen los requerimientos necesarios de validez, se calculó el valor global de consistencia interna por medio del alfa de Cronbach (Oviedo y Campos 2005, citados en Soriano, 2014, p. 32). Para la dimensión referente al intercambio de información, se obtuvo una confiabilidad total de alfa de Cronbach ($\alpha = 0.74$), y para la segunda dimensión relativa a la expresión, un alfa de Cronbach ($\alpha = 0.78$)

Subdimensiones	α
Información recibida	0.74
Información emitida	0.69
Eficacia expresiva	0.79
Dificultad de expresión	0.68
Escucha activa	0.56

Tabla 3. Esta tabla muestra la Confiabilidad por subdimensión integrando las dos dimensiones del instrumento.

DISCUSIÓN

En cuanto a la definición del constructo y diseño del instrumento, cuenta con un sustento teórico sólido que lo avala para evaluar la comunicación intraprofesional en enfermeras/os que brindan atención directa al paciente, con nivel de estudios técnico, postécnico, licenciatura o posgrado, esto en un contexto hospitalario de segundo nivel en México.

El instrumento fue diseñado para ser autoadministrado en aproximadamente 30 minutos, vía digital a partir de Google Formulario; no obstante, se observó el interés de 14 personas por contestarlo de manera escrita, las cuales fueron integradas en la población de estudio sin observar que sus respuestas estuvieran dentro de los datos atípicos, de tal forma que no se descarta la posibilidad de administrar el instrumento por esta vía.

Derivado del contexto social que prevaleció durante la pandemia de COVID-19, para la realización del estudio fue constituida una muestra no probabilística, ya que en los hospitales en donde se aplicó el instrumento hubo reorganización del personal de enfermería, lo cual evitó que se contara con una base de datos actualizada para llevar a cabo maniobras de aleatorización.

La fatiga de los profesionales de enfermería limitó su participación; por tal motivo, fue empleado el criterio de Osterlind y las recomendaciones hechas por Lloret-Segura et al. (2014) para constituir la muestra; además, es importante considerar que el instrumento aplicado consta de 67 ítems, de tal forma que tanto la cantidad de participantes como el tener una muestra no probabilística pueden ser aspectos que sesguen los resultados, esto podrá observarse en la medida en que se utilice el instrumento para nuevas investigaciones (Osterlind, 1989, citado en Roco et al., 2021, p. 877).

En cuanto a la validez de contenido, existen subdimensiones que pueden ser redefinidas o analizadas desde otra perspectiva estadística, principalmente aquellas en las que se eliminaron ítems con índices de asimetría y curtosis elevados.

El AFE final, que cumple con rigurosidad metodológica para evaluar el constructo, está constituido por dos dimensiones independientes que de manera conjunta poseen conexiones teóricas entre ellas debido a que el constructo propuesto está integrado de manera constitutiva. Las dimensiones agrupan cinco factores que evalúan lo concerniente a "Información recibida", "Información emitida", "Eficacia expresiva", "Dificultad de expresión" y "Escucha activa", esto a partir de 24 ítems.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento, es importante tomar en cuenta que el alpha es un índice influido por el número de ítems. Se ha llegado a señalar que en escalas con una cantidad superior a 40 ítems los valores van a ser anormalmente

altos, por lo contrario, si su longitud es reducida (menor a 10 ítems), valores menores a .70 podrían estar indicando una buena confiabilidad (Argibay, 2006, p. 20; Carretero-Dios y Pérez, 2005, p. 540).

Otro aspecto importante a señalar es que en instrumentos con multicomponentes o subdimensiones es inadecuado calcular el alpha para el total de la escala, ésta debe ser estimada para cada componente de la escala y a su vez del total (Carretero-Dios y Pérez, 2005, p. 540); así, el instrumento para evaluar la comunicación intraprofesional en enfermería cuenta con 24 ítems y 5 subescalas cuyas dimensiones: “Información recibida”, “Información emitida”, “Eficacia expresiva”, “Dificultad de expresión y escucha activa” cuentan con valores de alfa de Cronbach superiores a 0.6 y la dimensión “Escucha activa”, por sí misma, posee un alfa de Cronbach de 0.56, por tanto, algunas dimensiones pueden considerarse confiables y otras requieren rediseñarse.

Respecto a la subdimensión escucha activa, se propone redefinir e integrar el ítem 55 de la siguiente manera: “Cuando escucho a mis compañeras/os hablar sobre el cuidado del paciente, estoy atenta a su expresión facial y corporal”. Asimismo, es importante tomar en cuenta que una escala corta puede ser suficiente para evaluar el constructo propuesto en un tiempo más breve y de manera práctica.

CONCLUSIÓN

Se diseñó un instrumento con 24 ítems para evaluar la Comunicación intraprofesional en enfermeras/os, el cual ostenta pruebas de validez y confiabilidad en algunas subdimensiones, sin embargo, es importante alcanzar mejores puntuaciones en dichos componentes, especialmente en la subdimensión “Escucha activa”, esto a partir del rediseño y aplicación del instrumento final en poblaciones diferentes con las mismas características, además de obtener confiabilidad y validez a partir de otros métodos. Asimismo, requiere ser administrado en muestras de población aleatorizada, acorde con los criterios que demanda la rigurosidad metodológica y establecer puntos de corte con el uso de técnicas como la baremación.

La enfermería requiere contar con instrumentos válidos y confiables contruidos desde la perspectiva del cuidado para evaluar los fenómenos que conciernen a la profesión, de tal forma que el instrumento diseñado, validado y confiabilizado en el presente estudio es un elemento clave para valorar la comunicación intraprofesional en enfermería, así como las intervenciones que se implementen para mejorarla.

Si la comunicación es la vía para construir mejores relaciones interpersonales, basadas en la confianza y respeto mutuo, favorecer el reconocimiento entre las enfermeras/os, propiciar el intercambio de saberes, pero sobre todo garantizar la continuidad, seguridad y calidad del cuidado, entonces es imprescindible evaluar y mejorar dicha competencia.

FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido financiamiento o apoyo proveniente de agencias del sector público, comercial o entidades sin ánimo de lucro.

AGRADECIMIENTOS

Mtra. Anaghielly Sánchez Pérez, por el apoyo brindado durante el estudio de campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, M. y Runciman, P. (2003). *Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista*. Consejo Internacional de Enfermeras.
http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Marco_competencias_e.pdf.
- Argibay, J. C. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad procesos Cognitivos*, 8, 15-33.
- Berlo, D. (1984). *El proceso de la comunicación* (14a Ed.). El Ateneo.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (7a Ed.). Siglo XXI.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(3), 521-551.

- Fuentes-Colmenero, A. L. (2019). Características de la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina para la seguridad del paciente. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 10(2), 160-170. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.4326>
- Guerra-García, M. M., Campos-Rivas, B., Sanmarful-Schwarz, A., Vírseda-Sacristan, A., Dorrego-López, M. A. y Charle-Crespo, A. (2018). Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del paciente y su evitabilidad. *Atención Primaria*, 50(8), 486-492. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.013>
- Guevara Lozano, M. y Arroyo Marlés, L. P. (2014). El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería. *Enfermería Global*, 14(1), 401-434. <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.1.178711>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a Ed.). McGraw-Hill.
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Libby Frost/University of Minnesota Family Medicine and Community Health.
- Irvine, D., Sidani, S. y McGillis, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58-87. <https://www.proquest.com/openview/9124ecf812743784a1763dea5b522691/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30765>
- Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 58. <https://e-handoff.com/wp-content/uploads/2017/09/Joint-Commision-Handoff-Communication-Alert.pdf>.
- Kerlinger, F. (2008). *Investigación del comportamiento* (4a Ed.). McGraw-Hill.
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., van-der Hofstadt, C. y Rodríguez-Marín, J. (2016). Creación de la Escala sobre habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud EHC-PS. *Anales de Psicología*, 32(1), 49-59. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000100006
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 115-1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Méndez Martínez, C. y Rondón Sepúlveda, M. A. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 197-207.

- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 115-127.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33701007>
- Pérez, E. y Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58-66. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3161108.pdf>
- Roco Videla, Á., Hernández Orellana, M. y Silva González, O. (2021). ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario? *Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 877-878.
- Soriano A. (2014). Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diálogos*, 18(13), 19-40.
http://redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/2105/1/2%20disenoyvalidacion_dialogos14.pdf
- Supo, J. (2013). *Cómo validar un instrumento*. Biblioteca Nacional del Perú.
- Tristán-López, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido en un instrumento objetivo. *Avances en Medición*, 6, 37-48.
https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/9716/0463/3548/VOL_6_Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf
- Vítolo, F. (2011). Problemas de Comunicación en el Equipo de Salud. *Universidad Isalud*. <https://www.clinicadelosol.com.ar/images/pdfs/MODULO%204-1%20Problemas%20de%20Comunicacion.pdf>
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.