



Escala de autoeficácia para el establecimiento de buenas relaciones con las familias en ambientes neonatales y pediátricos*

Self-efficacy scale for the establishment of good relationships with families in neonatal and pediatric hospital settings

Escala de autoeficácia para o estabelecimento de bons relacionamentos com famílias no contexto neonatal e pediátrico hospitalar

Andréia Cascaes Cruz¹, Margareth Angelo², Bernardo Pereira dos Santos³

Como citar este artículo:

Cruz AC, Angelo M, Santos BP. Self-efficacy scale for the establishment of good relationships with families in neonatal and pediatric hospital settings. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03222. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016033803222>

* Extraído de la tesis “Relacionamento com famílias na prática clínica de enfermagem no contexto neonatal e pediátrico: impacto de uma intervenção educativa e proposição de uma escala de autoeficácia”, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to develop and test the psychometric properties of the Self-efficacy Scale for the Establishment of Good Relationships with Families in Neonatal and Pediatric Hospital Settings. **Method:** Methodological study grounded on self-efficacy theory was conducted in three phases: conceptual and operational definition (review of the literature and interviews with the target population), content validity (opinion of five experts e three clinical nurses), and exploratory factor analysis and internal consistency reliability (cross-sectional survey with a valid sample of 194 nurses). **Results:** A ten-point Likert scale with 40-item was designed and one item was excluded after review by experts. Three factors emerged from the exploratory factor analysis. The Cronbach's alpha for all items was 0.983 with item-total correlations in the range 0.657 to 0.847. Cronbach's alpha value if item deleted were less than or equal to 0.983. **Conclusion:** The final version of the scale demonstrated psychometric adequacy. It is a useful tool to be administered in the clinical, educational and research nursing fields to measure nurses' self-efficacy beliefs concerning the establishment of good relationships with families.

DESCRIPTORS

Self Efficacy; Professional-Family Relations; Family Nursing; Neonatal Nursing; Pediatric Nursing; Validation Studies.

Autor correspondiente:

Andréia Cascaes Cruz
Rua Napoleão de Barros, 754
CEP 04024-002 – São Paulo, SP, Brasil
deiacascaes@gmail.com

Recibido: 26/08/2016
Aprobado: 26/01/2017

INTRODUCCIÓN

El núcleo de la enfermería es el cuidado, cuyo componente principal es la relación que se establece entre la enfermera y la persona cuidada⁽¹⁾. En el contexto pediátrico, a pesar de la proximidad física entre las familias y las enfermeras, los profesionales imponen límites en las relaciones interpersonales que elaboran y el enfoque de atención se caracteriza por el alejamiento y la provisión de información, marginando el aspecto relacional de la atención⁽²⁻³⁾.

Las enfermeras han de adquirir conocimientos y desarrollar las habilidades y competencias para relacionarse con las familias. Sin embargo, esto no es suficiente; es necesario integrar el concepto de auto-eficacia en este proceso, es decir, la percepción que las enfermeras tienen acerca de su propia habilidad para establecer buenas relaciones con las familias en sus centros de atención⁽⁴⁾.

La teoría de la auto-eficacia fue desarrollada por Albert Bandura, psicólogo canadiense que dirigió su atención hacia el papel de los procesos cognitivos en la adquisición y el mantenimiento de los comportamientos. Según la teoría cognitiva social, la autoeficacia tiene una poderosa influencia en el comportamiento humano y puede ser definida por las creencias que una persona tiene en su capacidad para llevar a cabo la tarea con éxito⁽⁵⁾. Las personas con un fuerte sentido de la eficacia aceptan tareas difíciles y desafiantes en lugar de concebirlas como una amenaza que debe ser evitada; aumentan y sostienen sus esfuerzos en el fracaso, y recuperan su sentido de eficacia rápidamente después de los fracasos o retrocesos⁽⁶⁾.

Relacionarse con la familia es un reto para las enfermeras. Las relaciones entre las enfermeras y las familias de los niños hospitalizados se caracterizan por la falta de claridad con respecto a ambas funciones; como resultado, las dificultades de negociación impregnan las relaciones establecidas. Las relaciones interpersonales entre las enfermeras y los padres son inadecuadas, inapropiadas e ineficaces^(2,7-10).

En la actualidad, no hay una herramienta disponible para la evaluación de eficacia personal de enfermería para el establecimiento de una buena relación con la familia. El instrumento más cercano a la evaluación de estos conceptos es la Escala de Práctica de Enfermería de Familia, desarrollada por Simpson y Tarrant en 2006, que se desarrolló para medir los cambios percibidos en la práctica de enfermería de la familia, incluyendo las actitudes de enfermeras hacia el trabajo con las familias, la evaluación crítica de su práctica de enfermería de la familia y reciprocidad en la relación enfermera-familia⁽¹¹⁾.

Teniendo en cuenta la importancia del aspecto relacional de la atención y los retos de relacionarse con las familias, el nivel de autoeficacia percibida por el personal de enfermería es un predictor importante de su comportamiento en el establecimiento de relaciones efectivas con las familias. En ausencia de un instrumento de medida que podría medir la auto-eficacia de las enfermeras para establecer buenas relaciones con las familias, se propuso Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos, desarrollado y validado en este estudio.

El propósito de este estudio fue desarrollar y probar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos.

MÉTODO

Estudio metodológico fundamentado en la teoría de la auto-eficacia, cuyo instrumento fue desarrollado de acuerdo con la metodología de la psicometría, etimológicamente representado como la teoría y la técnica de medición de los procesos mentales⁽¹²⁻¹³⁾ y siguiendo las especificaciones de Bandura para la construcción de instrumentos para medir la eficacia percibida⁽¹⁴⁾. El estudio se realizó en tres fases: 1) conceptual y definición operativa; 2) validez del contenido; 3) fiabilidad, consistencia interna y análisis factorial exploratorio del nuevo instrumento. Estas tres fases se realizaron durante el período de septiembre 2014 hasta marzo 2015.

FASE 1: DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA

La definición conceptual trata con la inserción exacta del concepto de la teoría a la que pertenece (teoría autoeficacia); tiene que ser clara y exacta y la que contribuirá al desarrollo de los ítems del instrumento de medición y apoyar la construcción de las dimensiones o factores. La definición operacional se refiere a la preparación de los elementos de la escala^(12,14), lo cual debería ser basado en el análisis de la entrevista abierta llevada a cabo con la población objetivo⁽¹⁴⁾. Por lo tanto, las definiciones conceptuales y operativas se generaron a partir de una revisión de la literatura y una fase empírica (entrevistas con la población objetivo).

En primer lugar se hizo una revisión de la literatura sobre el tema "Las buenas relaciones entre las Enfermeras y Familias en Ámbitos Neonatales/Pediátricos". Artículos fueron seleccionados en portugués, español e inglés, publicados entre 2010 y 2015 e indexadas en las siguientes bases de datos: MEDLINE (Literatura Internacional en Ciencias de la Salud); Cochrane Collaboration PMC (PubMed Central), EMBASE (The Excerpta Medica Database) y CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature). Las estrategias de búsqueda empleadas eran adecuadas para cada una de las bases de datos, en general, las siguientes palabras fueron usadas en combinación con los operadores booleanos siguientes: Nurs* AND Famil* OR Parents AND Relationship OR Interaction* OR Relation* AND Neonatal OR Pediatric NOT Primary Health Care. La recolección de datos se llevó a cabo en cuatro etapas: 1) Selección por título; 2) la selección por sumario; 3) la selección mediante la lectura del artículo completo y 4) evaluación crítica de la calidad de los artículos. Al final de este proceso 42 estudios se incluyeron en la revisión de la literatura para el análisis de datos.

El segundo paso fue realizar entrevistas con el fin de entender lo que significa tener una buena relación con las familias y para identificar elementos que obstaculizan o inhiben la relación de las enfermeras con las familias en los entornos hospitalarios pediátricos/neonatales en la percepción de las enfermeras, ya que la escala de autoeficacia debe

representar los retos y los obstáculos al buen funcionamiento de la tarea específica⁽¹⁴⁾. La ubicación seleccionada para reclutar participantes en esta fase del estudio consistió en un hospital universitario de alta complejidad. El investigador principal visitó personalmente las unidades pediátricas/neonatales para invitar a las enfermeras que directamente están en el cuidado del paciente en la unidad pediátrica y/o neonatal a participar del estudio y se les informó sobre el estudio, comprobando su interés y su voluntad de proporcionar una entrevista y obteniendo el consentimiento por escrito de los participantes. Las entrevistas se llevaron a cabo en una habitación privada dentro de las unidades hospitalarias.

De las nueve enfermeras invitadas, todos estaban de acuerdo a ser entrevistadas. Uno de ellos era hombre y ocho fueron mujeres, tenían edades comprendidas entre los 24 y los 49 años y había trabajado como enfermeros durante un periodo que oscila entre los 10 meses y los 25 años. Las entrevistas duraron una media de 20 minutos y fueron guiados por un guión con preguntas ya preparadas, tales como: *Hábleme de su relación cotidiana con las familias, ¿Qué significa para ti tener una buena relación con las familias?, Para ti, en que situaciones es más difícil relacionarse con las familias?* Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Para analizar los datos se utilizó el análisis de contenido inductivo desde donde surgieron códigos, categorías y temas emergentes, sin imponer perspectivas teóricas preconcebidas en los datos^(15,16).

También en esta fase se definió la gradación de las respuestas y los valores de la mediana correspondiente nomenclatura y el extremo de la escala⁽¹⁴⁾. El instrumento utiliza una escala de diez puntos de Likert. En la primera versión, la gradación de respuestas varió de 0 a 100, donde 0 (cero) representaba una gran incertidumbre, 50 (cincuenta) representaban certeza moderada y 100 (cien) certeza absoluta. Después de la validación del contenido con el comité de expertos, los valores permanecieron iguales, pero la nomenclatura de la gradación de la escala fue modificada, como se discute más adelante.

FASE 2: VALIDEZ DEL CONTENIDO

La validación del contenido se realizó con dos grupos de participantes: un grupo compuesto por cinco expertos (tres enfermeros expertos en el área de enfermería familiar y pediatría/neonatología, un experto en enfermería en el área de autoeficacia y un experto en la construcción de instrumentos de medición). El otro grupo estaba integrado por tres enfermeras clínicas del área pediátrica y neonatal.

Los expertos fueron invitados por correo electrónico y acordaron, con consentimiento por escrito, evaluar la primera versión de la escala en términos de: la adecuación semántica de la declaración, las instrucciones para completar el instrumento, la nomenclatura utilizada en las respuestas de calificación, la pertinencia y la comprensión de cada ítem. La primera versión del instrumento fue enviada por correo electrónico a los expertos, junto con instrucciones sobre cómo llevar a cabo la evaluación, preguntas relacionadas con el concepto de autoeficacia y explicaciones del concepto de una buena relación entre enfermeras y familias en entornos de hospital pediatría/neonatal.

Hubo una correlación del 80% o más entre las afirmaciones y los ítems del instrumento y las respuestas de los expertos⁽¹⁷⁾. Después de las modificaciones necesarias al instrumento, según la evaluación del grupo de expertos, una nueva versión del instrumento fue sometida a un análisis semántico adicional con tres enfermeras clínicas (siguiendo la recomendación de aplicar el instrumento a un pequeño grupo de sujetos en la población objetivo (tres o cuatro)⁽¹⁷⁾.

Las enfermeras clínicas de la misma localización de la primera fase del estudio fueron invitadas personalmente por el investigador principal a participar en esta fase del estudio. Después de acordar con el consentimiento por escrito, las enfermeras respondieron a la nueva versión del instrumento y se les hicieron las siguientes preguntas: *¿Qué entendió que el instrumento estaba preguntando?, ¿Tuvo alguna dificultad para entender algún ítem del instrumento?, ¿Le ha resultado difícil responder a los ítems que usan este tipo de calificación?* Las enfermeras enviaron sus respuestas al investigador principal por correo electrónico para su posterior análisis.

FASE 3: CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA Y ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Se realizó una encuesta transversal en internet con una muestra de conveniencia. Para calcular el tamaño de muestra requerido se decidió que se necesitaban al menos cinco respondedores para cada ítem del instrumento (5 sujetos \times 39 ítems = 195 sujetos)⁽¹⁸⁾. La población en este estudio fueron enfermeras registradas que estaban trabajando en roles de asistencia en un hospital neonatal y/o hospital pediátrico. Una asociación nacional de enfermería neonatal y pediátrica proporcionó una población accesible y se invitó a todos los miembros de esta asociación que habían aceptado ser contactados con fines de investigación a participar en la encuesta en línea.

Se envió un correo electrónico a 250 participantes potenciales que contenía: información sobre los aspectos éticos del estudio, los objetivos del estudio, la recopilación, el análisis, la difusión de datos, el formulario de consentimiento adicional y la encuesta en línea. Para asegurar los criterios de elegibilidad y caracterizar la muestra, al final de la encuesta los participantes proporcionaron información sobre su género, edad, tiempo en su profesión, lugar de trabajo, unidad en el lugar de trabajo y otras variables. Un total de 223 enfermeras respondieron a la encuesta, lo que resultó en una muestra válida de 194 enfermeras después de la supresión de 29 encuestados que no trabajan en la práctica clínica. El software de la encuesta no registró las respuestas de la encuesta parcialmente completadas, por lo que la tasa de respuesta sólo refleja aquellos que completaron la encuesta.

Los datos se organizaron en una base de datos del programa Excel 2010 y se exportaron a Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22. La consistencia interna del instrumento se evaluó mediante tres medidas: el alfa de Cronbach para la escala total, la correlación entre ítem-total y el alfa de Cronbach cuando se suprimió el ítem. El análisis se realizó con la escala completa, y para cada factor. La suficiencia de muestreo se midió usando Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y usando la Prueba de Esfericidad de

Bartlett para la verificación posterior de la dimensionalidad del concepto a través del análisis factorial exploratorio. El KMO compara la magnitud de la relación entre los coeficientes de correlación y coeficientes de correlación parcial. El análisis de factores es apropiado cuando el contenido del KMO es alto; la medición varía entre 0 y 1, y el índice debe estar por encima de 0,5 para realizar el análisis factorial. Cuanto más cercano sea el KMO a 1, mejor será el resultado. La prueba de esfericidad de Bartlett prueba la hipótesis nula de que las variables de la matriz de correlación de la muestra no están correlacionadas; el nivel de significación debe ser lo suficientemente bajo (menor o igual a 0,05) para que sus estadísticas sean relevantes, lo que significa que existe una fuerte relación entre las variables, rechazando la hipótesis nula.

Se realizó un análisis paralelo para verificar cuántos factores fueron sugeridos para la realización del análisis factorial del instrumento⁽¹⁹⁾. A continuación, se realizó un análisis factorial común por el método de extracción de factorización de eje principal para calcular el valor de las cargas de factor para cada elemento. Sólo se consideraron los ítems con carga de factor igual o superior a 0,30. Mientras que la técnica de extracción está diseñada para maximizar fuentes independientes de varianza en la matriz de correlación, la rotación consiste en delinear factores, es decir, para asegurar que cada ítem corresponde a un solo factor del concepto. El eje de rotación puede ser ortogonal u oblicuo; en este estudio se utilizó rotación oblicua, con el fin de facilitar y mejorar la interpretación del análisis factorial. Después de la extracción de los factores, se realizó una rotación oblicua usando la solución directa de Oblimin con la Normalización Kaiser, asignando cada ítem al factor respectivo, de acuerdo con el valor más alto de las cargas factoriales presentadas por ítem para el factor correspondiente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue registrado y aprobado por el Sistema de Información Nacional de Ética en Investigación (CAAE nº 29472414.2.0000.5392 y nº 29472414.2.3001.0076) y fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidade de São Paulo y la Institución donde se realizó el estudio. Todos los participantes dieron su consentimiento informado después de una oportunidad para discutir su participación con el investigador. Se obtuvo el consentimiento escrito de todos los participantes y eran conscientes de que tenían derecho a dejar de participar en este estudio en cualquier momento sin perjuicio.

RESULTADOS

FASE 1: DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

El concepto “Buenas Relaciones entre Enfermeras y Familias en Ambientes Neonatales/Hospital Pediátrico” es un fenómeno:

Multidimensional, derivado de tres esferas: cognitivas (pensamientos y creencias), afectivas (sentimientos), socio-culturales (valores).

Resultados de interacciones e interpretaciones que la enfermera establece entre sí mismo y otros individuos, situaciones, entornos y objetos sociales;

Logrado a través de comportamientos o acciones sociales;

Compuesto por tres componentes interconectados: conectar con la familia, mantener una comunicación efectiva con la familia y vivir en armonía consigo mismo y con la familia.

Guiada por elementos básicos: inclusividad (apoyar a la familia), confiabilidad, disponibilidad, lenguaje verbal apropiado, escucha activa, claridad de roles, empatía, respeto.

Cuarenta ítems fueron generados para la primera versión de la Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos.

FASE 2: VALIDEZ DEL CONTENIDO

La validación del contenido, realizada con los cinco expertos, resultó en: 1) Cambios en el enunciado y en la escala de instrucciones: el principal cambio fue el uso del término “confianza” en lugar de “certeza”; 2) Cambio en la nomenclatura asignada a los valores de calificación de las respuestas, “sin confianza”, “confianza moderada” y “confianza absoluta” en lugar de “muchas incertidumbre”, “certidumbre moderada” y “certeza absoluta”; 3) Borrar un elemento; 4) Cambios semánticos y gramaticales en diez ítems.

La segunda versión generada después de las evaluaciones de expertos tenía 39 ítems. El análisis semántico con la población objetivo no resultó en cambios en el instrumento, ya que no hubo problemas informados en la interpretación de la declaración, elementos o nomenclatura y la puntuación de las respuestas. Por lo tanto, el instrumento con 39 ítems se aplicó a la muestra para la verificación de las propiedades psicométricas.

FASE 3: CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA Y ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

La encuesta transversal (n=194) incluyó a enfermeras predominantemente mujeres (95,9%), con edades comprendidas entre 31 y 35 años (31,4%), con 1 a 5 años (33%) de experiencia profesional. Información adicional sobre las características demográficas se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 – Distribución de frecuencia de características demográficas de enfermeras – São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Demografía	N	%
De 20 a 25 años	12	6,2
De 26 a 30 años	48	24,7
De 31 a 35 años	61	31,4
Edad		
De 36 a 40 años	31	16
De 41 a 45 años	14	7,2
De 45 a 50 años	14	7,2
Hasta 50 años	14	7,2
		continúa...

...continuación

	Demografía	N	%
Cualificación de Enfermería	Graduado	16	8,2
	Especialista	118	60,8
	Maestrado	36	18,6
	Doctorado	24	12,4
Experiencia de enfermería	Menos de 1 año	6	3,1
	De 1 a 5 años	64	33
	De 6 a 10 años	51	26,3
	De 11 a 15 años	34	17,5
	De 16 a 20 años	16	8,2
	Hasta 20 años	23	11,9
Unidad	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos	15	7,7
	Unidad de cuidado intensivo neonatal	66	34
	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	43	22,2
	Unidad Neonatal	24	12,4
	Unidad pediátrica para pacientes hospitalizados	55	16,2
	Unidad de Emergencia Pediátrica	24	12,4
	Unidad de Oncología Pediátrica	4	2,1
	Unidad de Cirugía Pediátrica	2	1

El análisis de la consistencia interna de los 39 ítems mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,983. El resultado

del análisis de la consistencia interna para cada uno de los 39 ítems de la escala, utilizando la correlación ítem-total y el valor alfa de Cronbach si el ítem suprimido (Tabla 2) mostró una correlación ítem-total entre 0,657 y 0,847. Todos los coeficientes de los ítems suprimidos fueron menores o iguales a 0,983, indicando la contribución de todos los ítems a la consistencia interna de la escala.

El índice de KMO presentado fue alto, igual a 0,959, indicando que el análisis factorial podría ser realizado. La prueba de Bartlett de esfericidad fue estadísticamente significativa, lo que sugiere la idoneidad de los datos para el modelo de análisis de factores, lo que indica que los elementos fueron correlacionados. El análisis paralelo sugirió que el instrumento estaba constituido por tres factores. Este resultado reiteró los resultados de la fase de definición conceptual, que también identificó tres factores relacionados con el concepto en cuestión.

En el análisis de factores ningún ítem presentó un factor de carga inferior a 0,30, por lo que no se excluyó ningún elemento después de la extracción. La verificación de la comunalidad dio como resultado valores que oscilaban entre 0,545 y 0,831. El análisis de la consistencia interna para cada uno de los factores reveló un coeficiente alfa de Cronbach de 0,976 para el factor 1 "Autoeficacia para conectar con las familias", 0,964 para el factor 2 "Autoeficacia para mantener una comunicación efectiva con la familia" y 0,866 para el factor 3 "Autoeficacia para vivir en armonía consigo mismo y con la familia".

Tabla 2 – Confiabilidad de consistencia interna de los 39 ítems de la Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos – São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Ítem	Correlación ítem-total	Valor alfa de Cronbach si el ítem suprimido
1. Você teve pouco contato com a família.	0,716	0,982
2. Você não consegue identificar e/ou atender as necessidades da família.	0,697	0,982
3. A família não está aberta para conversar.	0,709	0,982
4. A família está alterada emocionalmente (nervosa, agressiva, estressada ou triste).	0,796	0,982
5. Você conhece pouco a família.	0,786	0,982
6. A família não compreende o que você está dizendo.	0,799	0,982
7. A família não sabe quem você é.	0,763	0,982
8. A família não sabe qual é o seu papel dentro da unidade.	0,743	0,982
9. A família não se aproxima de você.	0,721	0,982
10. O seu lado pessoal sobrepõe-se ao profissional.	0,716	0,982
11. Aquilo que a família pensa ou faz é muito diferente daquilo que você pensaria ou faria.	0,759	0,982
12. Você não consegue compreender a visão e o modo de viver e agir da família.	0,828	0,982
13. Você sente que tem uma relação mais pessoal do que profissional com a família.	0,657	0,983
14. Você acredita que não está preparada (o) para lidar com a família em determinada situação.	0,795	0,982
15. A família ultrapassa os limites da sua paciência.	0,750	0,982
16. Ocorre o óbito da criança.	0,706	0,982
17. A família está numa situação de grande sofrimento.	0,723	0,982
18. Você está sobrecarregada (o) no trabalho.	0,726	0,982
19. Você já teve conflitos com a família.	0,817	0,982
20. O ambiente não oferece condições mínimas de conforto para a família.	0,783	0,982

continúa...

...continuación

Ítem	Correlación ítem-total	Valor alfa de Cronbach si el ítem suprimido
21. Falta tempo para você conversar com a família.	0,755	0,982
22. Você está estressada (o), cansada (o), irritada (o), preocupada (o) ou triste.	0,787	0,982
23. Há suspeita de maus tratos à criança.	0,731	0,982
24. Você tem uma impressão negativa da família.	0,820	0,982
25. Há problemas intrafamiliares.	0,817	0,982
26. O primeiro contato da equipe de saúde com a família foi inadequado.	0,832	0,982
27. A criança está em estado grave.	0,800	0,982
28. A família não aceita a condição em que a criança se encontra.	0,816	0,982
29. A família não entende o que está acontecendo com a criança.	0,829	0,982
30. A família é pouco comunicativa.	0,847	0,982
31. Você não tem respostas para determinadas perguntas da família.	0,833	0,982
32. A família faz cobranças sobre o seu trabalho.	0,773	0,982
33. Você sente que a família está responsabilizando você pelo que está acontecendo.	0,735	0,982
34. A instituição na qual você trabalha não valoriza a presença e o cuidado às famílias.	0,755	0,982
35. A família teve experiências prévias negativas com outros profissionais ou com outros serviços de saúde.	0,809	0,982
36. Outros membros da sua equipe não valorizam o relacionamento com as famílias.	0,783	0,982
37. A família solicita demais.	0,753	0,982
38. Você sente que a família não confia em você.	0,716	0,982
39. Você precisa realizar procedimentos invasivos na presença da família.	0,696	0,982

El cuadro 1 presenta la asignación de los 39 ítems en la Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos en referencia a los factores correspondientes.

Cuadro 1 – Asignación de los 39 elementos a los factores correspondientes – São Paulo, SP, Brasil, 2015.

Factor *	Número de ítems	Ítems iguales
1. Autoeficacia para conectarse con las familias	22	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 39
2. Autoeficacia para mantener una comunicación efectiva con la familia	13	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14
3. Autoeficacia para vivir en armonía consigo mismo y con la familia	4	13, 15, 33, 38

Versión original en portugués: 1. Autoeficácia para abrir-se para a família. 2. Autoeficácia para manter uma comunicação eficaz com a família. 3. Autoeficácia para conviver em equilíbrio consigo e com a família.

INSTRUMENTO FINAL Y TÉCNICA DE PUNTUACIÓN

La Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos es un cuestionario de auto-reporte que incluye 39 ítems usando una escala de diez puntos de

Likert. La puntuación de la escala total y los factores correspondientes se calcula sumando los valores asignados por el sujeto para la gradación de respuesta de cada uno de los ítems. Cuanto mayor sea el puntaje, mayor será la autoeficacia del entrevistado.

Cuadro 2 – Puntuación de la escala total y factores correspondientes – São Paulo, SP, Brasil, 2015.

	Baja autoeficacia	Eficacia moderada	Alta autoeficacia
Escala total ^a	0-195	196-266	267-390
Factor 1 ^b	0-114	115-156	157-220
Factor 2 ^c	0-59	60-87	88-130
Factor 3 ^d	0-17	18-26	27-40

^a Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos.

^b Autoeficácia para abrir-se para a família (Versión original en portugués).

^c Autoeficácia para manter uma comunicação eficaz com a família (Versión original en portugués).

^d Autoeficácia para conviver em equilíbrio consigo e com a família (Versión original en portugués).

DISCUSIÓN

Teóricamente basada en la teoría de autoeficacia de Bandura, la Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos es un instrumento de auto-reporte que toma aproximadamente 15 minutos para ser respondido y evalúa la autoeficacia de las enfermeras para establecer buenas relaciones con las familias en los entornos neonatal y pediátrico.

Existen cuatro fuentes primarias de información utilizadas para determinar y modificar sus expectativas personales de autoeficacia: (a) logros de desempeño (experiencias de dominio personal), (b) experiencia vicaria (observar a otros tener éxito a través de sus esfuerzos) c) persuasión verbal (estímulo a otros influyentes), y (d) excitación fisiológica (reacciones somáticas en relación con situaciones potencialmente estresantes y tributarias)⁽⁶⁾. El uso de la estrategia de juego de roles en pequeños grupos durante las intervenciones educativas es potencialmente valioso como una fuente de estas cuatro categorías de autoeficacia de información⁽²⁰⁾.

El alfa de Cronbach para toda la escala fue alto en 0,983 mientras que el valor mínimo aceptable para alfa es de 0,70⁽²¹⁾. El alto valor del alfa de Cronbach en la Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos indica que tiene una alta consistencia interna y que todos los ítems están midiendo el mismo concepto.

Para la correlación ítem-total, se recomienda un valor mayor que 0,3⁽²²⁾. La correlación ítem-total osciló entre 0,657 y 0,847, lo que indica que todos los ítems de la escala contribuyeron a la medición del concepto de autoeficacia en cuestión, y un menor alfa de Cronbach o igual a 0,983, comparado con la exclusión de cada ítem lo que indicó que todos los ítems deben mantenerse en el instrumento.

En el análisis factorial, cada una de las variables puede definirse como una combinación lineal de factores comunes que explican parte de la varianza de cada variable (comunalidad). La comunalidad puede variar de 0 a 1; cuanto mayor es la comunalidad, mayor es el poder explicativo de esa variable por el factor. Idealmente, el valor de las comunalidades debe ser superior a 0,5 para un análisis factorial satisfactorio⁽¹⁸⁾. La verificación de la comunalidad dio como resultado valores entre 0,545 y 0,831, lo que indica que todos los ítems estaban representados al menos en un 50% en los factores.

El análisis de factores indicó que se deberían asignar 22 ítems en el factor 1, 13 en el factor 2 y 4 en el factor 3. El alfa de Cronbach para cada factor fue alto, 0,976 para el factor 1, 0,964 para el factor 2 y 0,866 para el factor 3. Factor 1 "La auto-eficacia para conectar con las familias" se compone de elementos representativos de las situaciones consideradas como un reto para las enfermeras cuando se acerca a la familia. Factor 2 "Autoeficacia para mantener una comunicación efectiva con la familia" incluye ítems indicativos de situaciones que hacen difícil mantener una comunicación eficaz de la enfermera con la familia y Factor 3 "La auto-eficacia para vivir en armonía con uno mismo y la familia" consiste en artículos que representan situaciones que pueden

dificultar el establecimiento de una relación armoniosa entre el yo y la familia. Los elementos o situaciones reflejan hechos, percepciones, pensamientos y sentimientos de las enfermeras en relación con la familia y las enfermeras en relación a sí mismas que, en la percepción de las enfermeras, pueden interferir con su creencia de autoeficacia, es decir, en qué medida las enfermeras creían ser capaces de establecer una buena relación con la familia. "La gente tiene que juzgar su eficacia no sólo para sostener su motivación y enfoque orientado a la tarea, sino para manejar estados emocionales angustiosos y patrones de pensamiento auto-debilitantes, que pueden perjudicar su ejecución de actividades"⁽²³⁾.

Las creencias de autoeficacia "contribuyen significativamente al nivel de motivación y rendimiento. Las creencias de eficacia predicen no sólo el funcionamiento del comportamiento entre individuos en diferentes niveles de autoeficacia percibida, sino también cambios en el funcionamiento en individuos en diferentes niveles de eficacia en el tiempo e incluso variación dentro del mismo individuo en las tareas realizadas y rechazadas o intentadas"⁽²³⁾.

CONCLUSIÓN

Este estudio proporciona una escala con adecuación psicométrica que permite la identificación simple de la autoeficacia, así como las barreras personales y la autoevaluación para la detección de elementos que deben mejorarse en las enfermeras para crear y mantener relaciones exitosas con las familias en los centros neonatales y pediátricos. La versión final del instrumento es una escala de Likert de diez puntos con 39 ítems y tres factores, cuyo alfa de Cronbach para todos los ítems fue 0,983 con correlaciones de ítem-total en el rango de 0,657 a 0,847 y el valor alfa de Cronbach si el ítem eliminado era menor que o igual a 0,983.

La evaluación realizada por el análisis de las respuestas de los participantes a Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos puede guiar el desarrollo de estrategias más efectivas para preparar y apoyar cursos de enfermería o estrategias de capacitación para mejorar el comportamiento de los enfermeros, estableciendo relaciones exitosas con las familias en los entornos neonatal y pediátrico y mejorando la atención que los pacientes y sus familias reciben.

Se propone utilizar la escala antes y después de las intervenciones educativas sobre temas relacionados con la atención centrada en el paciente y la familia, la enfermería de sistemas familiares, la comunicación y las relaciones interpersonales en el campo clínico, la investigación y la educación, una vez evaluada la autoeficacia para establecer buenas relaciones con las familias es reconocido como un importante predictor del cambio de comportamiento.

En cuanto a las limitaciones del estudio, la versión original del instrumento fue construida y validada en Brasil y está disponible en portugués, por lo que, para que se pueda aplicar con enfermeras de diferentes lugares del mundo, es necesaria una traducción y validación de escala en otras lenguas, la evaluación de la estabilidad a través de pruebas y el establecimiento y estandarización de puntos de corte en otras

poblaciones. Además, para futuras investigaciones es necesario verificar la validez de criterio de la versión portuguesa de la Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas

Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos, examinando la relación concurrente del nuevo instrumento con escalas similares.

RESUMEN

Objetivo: El propósito de este estudio fue desarrollar y probar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Establecimiento de Buenas Relaciones con las Familias en Ambientes Neonatales y Pediátricos. **Método:** Estudio metodológico fundamentado en la teoría de la auto-eficacia se realizó en tres fases: conceptual y definición operacional (revisión de la literatura y entrevistas con la población objetivo), la validez de contenido (opinión de cinco expertos y tres enfermeras clínicas), y el factor de análisis exploratorio e fiabilidad interna de consistencia (estudio transversal con una muestra válida de 194 enfermeras). **Resultados:** La escala de Likert de diez puntos con 40 ítems fue diseñada y un elemento fue excluido después de la revisión por expertos. Hay tres factores que emergieron del análisis factorial exploratorio. El alfa de Cronbach para todas las partidas fue 0,983, con correlaciones ítem-total en el rango de 0,657 a 0.847. El Valor alfa de Cronbach excluyendo el ítem quedo inferior o igual a 0.983. **Conclusión:** La versión final de la escala demostró psicometría adecuada. Se trata de una herramienta útil para ser administrada en los campos clínicos, educativos y de enfermería de investigación para medir las creencias de autoeficacia de enfermeros sobre el establecimiento de buenas relaciones con las familias.

DESCRIPTORES

Autoeficacia; Relaciones Profesional-Familia; Enfermería de la Familia; Enfermería Neonatal; Enfermería Pediátrica; Estudios de Validación.

RESUMO

Objetivo: O propósito deste estudo foi desenvolver e testar as propriedades psicométricas da Escala de Autoeficácia para o estabelecimento de bons relacionamentos com famílias no contexto neonatal e pediátrico hospitalar. **Método:** Estudo metodológico fundamentado na teoria da autoeficácia foi realizado em três fases: definição conceitual e operacional (revisão de literatura e entrevistas com a população alvo), validade de conteúdo (opinião de cinco especialistas e três enfermeiras clínicas), e análise fatorial exploratória e avaliação de consistência interna (pesquisa transversal com uma amostra válida de 194 enfermeiros). **Resultados:** Uma escala do tipo Likert de 10 pontos com 40 itens foi desenvolvida e um item foi excluído após a avaliação dos juizes. Três fatores emergiram da análise fatorial. O alfa de Cronbach para todos os itens foi igual a 0,983 com a correlação ítem-total variando entre 0,657 e 0,847. O alfa de Cronbach caso determinado item fosse excluído foi menor ou igual a 0,983. **Conclusão:** A versão final da escala demonstrou adequação psicométrica. Trata-se de uma ferramenta útil que pode ser facilmente aplicada no campo clínico, educacional e de pesquisa para medir o impacto de intervenções nas crenças de autoeficácia dos enfermeiros relacionadas ao estabelecimento de bons relacionamentos com famílias.

DESCRITORES

Autoeficácia; Relações Profissional-Família; Enfermagem Familiar; Enfermagem Neonatal; Enfermagem Pediátrica; Estudos de Validação.

REFERENCIAS

1. Princeton DM. The caring phenomenon: a search for absolute good caring. *Int J Humanit Sol Sci.* 2015;5(1):211-9.
2. Lima AS, Silva VKBA, Collet N, Reichert APS, Oliveira BRG. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(4):700-8.
3. Coyne I, O'Neill C, Murphy M, Costello T, O'Shea R. What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *J Adv Nurs.* 2011;67(12):2561-73.
4. Angelo M, Cruz AC. Autoeficácia do enfermeiro para o relacionamento com a família. *Rev Referência.* 2015;3(IV):151-5.
5. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of human behavior.* New York: Academic Press; 1994. p. 71-81.
6. Bandura A. Self – efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.
7. Côa TF, Pettengill MAM. The vulnerability experienced by the family of children hospitalized in a pediatric intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(4):824-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400005>
8. Cruz AC, Angelo M. Stomas in neonatology: recovering the mother's memory. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(6):1306-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600004>
9. Pimenta EAG, Collet N. Dimension of nursing and family care to hospitalized children: conceptions of nursing. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):619-26.
10. Quirino DD, Collet N, Neves AFG. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):300-6.
11. Simpson P, Tarrant M. Development of the Family Nursing Practice Scale. *J Fam Nurs.* 2006;12(4):413-25.
12. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IPAPP; 1999.
13. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(n.spe):992-9.
14. Bandura A. Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. In: Pajares F, Urdan T, editors. *Self-efficacy beliefs of adolescents.* Greenwich: Information Age; 2006. p. 307-37.

15. Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Tarja Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE Open*. 2014;1-10.
16. Shi C, Tian J, Wang Q, Petkovic J, Ren D, Yang K, et al. How equity is addressed in clinical practice guidelines: a content analysis. *BMJ open*. 2014;4:e005660.
17. Pasquali L. *Psychometrics: theory test in psychology and education*. Petropolis: Vozes; 2003.
18. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, L TR. *Multivariate data analysis*. 7ª ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2009.
19. Horn JL. A Rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*. 1965;30:179-85.
20. Parle M, Maguire P, Heaven C. The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. *Soc Sci Med*. 1997;44(2):231-40.
21. Streiner DL. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *J Pers Assess*. 2003;80(3):217-22.
22. Kline P. *The handbook of psychological testing*. 2th ed. London: Routledge; 2000.
23. Bandura A, Locke EA. Negative self-efficacy and goal effects revisited. *J Appl Psychol*. 2003;88(1):87-99.

Apoyo financiero

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Número de proceso 142162/2013-2.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.