

## Adaptación transcultural y validación del instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeros brasileños<sup>1</sup>

Jamila Geri Tomaszewski-Barlem<sup>2</sup>

Valéria Lerch Lunardi<sup>3</sup>

Edison Luiz Devos Barlem<sup>4</sup>

Rosemary Silva da Silveira<sup>3</sup>

Graziele de Lima Dalmolin<sup>4</sup>

Aline Marcelino Ramos<sup>5</sup>

Objetivo: adaptar culturalmente y validar el instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para enfermeros brasileños. Método: estudio metodológico, llevado a cabo con 153 enfermeros de dos instituciones hospitalarias del sur de Brasil, una pública y una filantrópica. Se realizó la adaptación transcultural del instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale*, según las recomendaciones internacionales y su validación para su uso en el contexto brasileño, a través de análisis factorial y verificación de la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach. Resultados: mediante la evaluación de un comité de expertos y realización de pre-prueba, la validez aparente y de contenido del instrumento se consideró satisfactoria. A partir del análisis factorial, se identificaron cinco construcciones: implicaciones negativas del ejercicio de la abogacía, acciones de abogacía, facilitadores del ejercicio de la abogacía, percepciones que favorecen el ejercicio de la abogacía y barreras al ejercicio de la abogacía. El instrumento mostró una consistencia interna satisfactoria, con valores alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,87. Conclusión: se concluye que el *Protective Nursing Advocacy Scale* - versión brasileña es un instrumento válido y fiable para su uso en la evaluación de las creencias y acciones de abogacía en salud, ejercidas por enfermeros brasileños en el ambiente de la práctica profesional.

Descriptores: Defensa de la Salud; Enfermería; Ética en Enfermería; Estudios de Validación.

<sup>1</sup> Artículo parte de la tesis de doctorado "La práctica de la defensa de los pacientes por los enfermeros: una perspectiva foucaultiana", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 474761/2012-6.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Auxiliar, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Becado de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

<sup>5</sup> Estudiante de maestría, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Becado del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Correspondencia:

Jamila Geri Tomaszewski Barlem  
Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem  
Rua General Osório, s/n  
Centro  
CEP: 96201-900, Rio Grande, RS, Brasil  
E-mail: jamila\_tomaszewski@hotmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

La práctica de la abogacía en salud por los enfermeros tiene sus raíces en la década de 1970, emergiendo de movimientos sociales que contribuyeron al rechazo de las prácticas de salud paternalistas, por los consumidores de la atención de la salud y a la exigencia del ejercicio de su autonomía en situaciones de toma de decisiones clínicas sobre la atención, en sus procesos de salud y enfermedad<sup>(1-2)</sup>. Desde 1980, la abogacía en salud pasó a ser reconocida en los ambientes de práctica de los enfermeros como un elemento inherente a la ética profesional de enfermería, dada la proximidad de la relación enfermero/paciente y el tiempo de permanencia dicho profesional en las unidades de salud<sup>(3-4)</sup>.

En el ámbito internacional, las investigaciones llevadas a cabo con enfermeros de diferentes contextos mostraron que la abogacía en salud puede consistir en conductas multidimensionales y se asocia, principalmente, al reconocimiento del propio papel de la abogacía en salud por los enfermeros, teniendo en cuenta sus creencias y acciones en relación a la atención que prestan a los pacientes<sup>(5-6)</sup>. Todavía, la abogacía en salud se ha definido como parte de los esfuerzos del enfermero para promover el bienestar y los intereses de sus pacientes, asegurando que ellos sean conscientes de sus derechos y que puedan acceder a la información para la toma de decisiones<sup>(6-9)</sup>. Sin embargo, se destaca que el desafío de definir y describir las acciones de los enfermeros en la abogacía en salud constituye una tarea compleja, dado que estas acciones no son estáticas y fijas, pero influenciadas por las características particulares de individuos, organizaciones, relaciones, condiciones médicas y ambientes de actuación<sup>(10)</sup>.

Estudios empíricos sugieren que aún existen contradicciones y diferentes interpretaciones acerca de la abogacía en salud, en especial entre los enfermeros e investigadores en enfermería<sup>(11)</sup>. Por lo tanto, las lagunas y dificultades en la interpretación del concepto de abogacía en salud en enfermería pueden ser los principales obstáculos para su ejercicio en los diferentes ambientes de salud y para el avance de las investigaciones en el área.

En este sentido, el instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS) se ha desarrollado para su uso en estudios cuantitativos, con el objetivo de medir las creencias y acciones de abogacía en salud en la enfermería, con el objetivo de completar las lagunas relacionadas con su concepto<sup>(12)</sup>. El instrumento, validado en los Estados Unidos con una muestra de enfermeros

médico-quirúrgicos, incluye preguntas que envuelven acciones ejercidas por los enfermeros en el ejercicio de la abogacía en salud, sus posibles consecuencias en el ambiente de trabajo, la influencia del conocimiento y de los valores personales de los enfermeros para actuar en la abogacía en salud, así como los facilitadores y las barreras al ejercicio de la abogacía en salud por la enfermería<sup>(12)</sup>.

En el contexto brasileño, no hay estudios acerca del ejercicio de la abogacía en salud por los enfermeros, por lo que es necesario desarrollar instrumentos que puedan contribuir al reconocimiento de las acciones de abogacía en salud ejercidas por los enfermeros, así como contribuir al fortalecimiento dicho ejercicio en sus ambientes de trabajo. De este modo, este estudio se justifica por la necesidad de analizar el ejercicio de la abogacía en salud en el contexto de los enfermeros brasileños, explorando sus creencias y acciones en este ejercicio, así como las barreras posibles, los facilitadores e las implicaciones.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio consiste en adaptar culturalmente y validar el instrumento *Protective Nursing Advocacy Scale* para los enfermeros brasileños.

## Método

Se trata de un estudio metodológico que tuvo como objetivo realizar la adaptación transcultural del instrumento PNAS, de acuerdo con las recomendaciones internacionales<sup>(13)</sup>, y su validación para su uso en el contexto brasileño, involucrando la traducción y retrotraducción de la versión original en Inglés al portugués de Brasil, su validez aparente y de contenido, así como la descripción de las propiedades psicométricas relacionadas con la validez de constructo y fiabilidad mediante análisis factorial y alfa de Cronbach.

Se obtuvo la autorización del periódico responsable de los derechos de autor del instrumento, así como del autor Robert Hanks, para la adaptación transcultural del instrumento PNAS, a través de contacto electrónico. Se respetaron los aspectos éticos, de acuerdo con las recomendaciones de la Resolución nº 466/12, del Consejo Nacional de Salud, con aprobación del Comité de Ética en Investigación (Opinión nº 97/2013).

## Instrumento original

La PNAS original consiste en 43 cuestiones, respondidas mediante una escala de frecuencia tipo Likert de cinco puntos, utilizando 1 para "totalmente en

desacuerdo”, 2 para “en parte desacuerdo”, 3 a “ni de acuerdo ni en desacuerdo” a 4 “en parte de acuerdo” y 5 de “totalmente de acuerdo”.

A partir de la aplicación de la PNAS en una muestra de 419 enfermeros médico-quirúrgicos en los Estados Unidos, se han validado 37 preguntas en cuatro constructos: *actuando como abogado*, lo que refleja las acciones de los enfermeros cuando abogan en salud para los pacientes, *situaciones de trabajo y acciones de abogacía*, lo que refleja las posibles consecuencias de la abogacía en salud en el ambiente de trabajo, *ambientes e influencias educacionales*, que incluye ítems que miden la influencia del conocimiento y el ambiente interno de los enfermeros, como los valores personales, creencias y confianza para trabajar en la abogacía en salud, *apoyo y barreras a la abogacía en salud*, que consiste en elementos que indican los facilitadores y las barreras a la abogacía en salud en enfermería, incluyendo el ambiente de trabajo en su conjunto<sup>(12)</sup>.

### **Adaptación transcultural: validación aparente y de contenido del instrumento**

Las seis etapas que obtuvieron una adaptación completa del instrumento se han seguido, maximizando la obtención semántica, idiomática, experiencial y conceptual entre el instrumento original y el instrumento adaptado: *traducción inicial, síntesis de las traducciones, retro-traducción, comité de expertos, pre-prueba y revisión del proceso de adaptación por los investigadores*<sup>(13)</sup>.

En la primera etapa, traducción inicial, la escala PNAS ha sido enviada a dos traductores bilingües, de forma independiente, con el fin de traducirla del Inglés al Portugués. Estos traductores tenían diferentes perfiles, de modo que uno de ellos estaba familiarizado con las traducciones de los materiales relacionados con el área de salud y consciente de los conceptos que se analizan en la escala; mientras que el otro no ha sido informado de los objetivos de traducción y no tenía experiencia con las traducciones del área de salud<sup>(13)</sup>.

Después de la traducción inicial, el informe originado a partir de la síntesis de las traducciones ha sido sometido al proceso de retro-traducción<sup>(13)</sup>. En esta etapa, la escala producida a partir de la síntesis de las traducciones ha sido retro-traducida del Portugués al Inglés por dos traductores. Estos traductores no se han sido informados de los objetivos de la traducción y no tenían experiencia en traducciones del área de salud, tratando de evitar significados erróneos en los ítems de

la escala traducida. Después de la compilación de los dos documentos resultantes de la retro-traducción, se llevó a cabo la otra versión retro-traducida de la escala<sup>(13)</sup>.

Para el desarrollo de la versión pre-final de la PNAS para pruebas de campo, la versión retro-traducida de la escala ha sido sometida a un comité de expertos, a través de reuniones individuales. Este comité, compuesto por cuatro profesores doctores en enfermería, de una universidad pública en el sur de Brasil, con amplia experiencia en la temática sobre ética en enfermería, evaluó la validez semántica, cultural, idiomática y conceptual, y la validez aparente de la escala, aprobándola para su uso en la pre-prueba. La validez aparente tuvo como objetivo verificar si las preguntas de la escala tenían forma y vocabulario adecuado a la finalidad de la medición<sup>(13-14)</sup>.

En la etapa de la pre-prueba, la versión validada por el comité de expertos ha sido aplicada a 30 enfermeros, estudiantes de maestría o doctorado en enfermería en una universidad pública del sur de Brasil, que estuvieron de acuerdo en participar en este proceso. La pre-prueba tuvo como objetivo garantizar la validez de contenido de la escala y confirmar que sus ítems representan el contenido que se quería analizar. La escala se aplicó de forma individual, de manera que cada sujeto describiese sus dificultades y facilidades de cumplimentación y sugiriese cambios en la redacción de las preguntas, si necesario<sup>(13)</sup>.

Después de completarse la pre-prueba, la revisión del proceso de adaptación se llevó a cabo por los investigadores responsables de la adaptación transcultural de la escala. Esta revisión tuvo como objetivo realizar cambios en la escala, facilitando su comprensión y permitiendo, así, la aplicación de la escala en la muestra seleccionada para la etapa cuantitativa del estudio<sup>(13)</sup>.

### **Lugar y sujetos del estudio**

La aplicación de la versión final del instrumento de recolección de datos se realizó en dos hospitales del sur de Brasil, uno público y uno filantrópico. El primer hospital, llamado “H1” se caracteriza por ser un hospital universitario público, que atiende exclusivamente a los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS). Este hospital cuenta con 195 camas y cuenta con el trabajo de 67 enfermeros, con 30 horas semanales de trabajo. El segundo hospital, llamado “H2” se caracteriza por ser una entidad filantrópica, atendiendo pacientes del SUS, de convenios médicos y particulares, constituyéndose

por tres hospitales diferentes: hospital general, hospital de cardiología y oncología y hospital psiquiátrico, comprendiendo un total de 644 camas. Este hospital cuenta con un equipo de 174 enfermeros, con 36 horas o 40 horas semanales de trabajo.

Los criterios para la selección de los sujetos se limitaron a ser un enfermero, actuar profesionalmente en sus respectivos hospitales, tener disponibilidad e interés para responder a lo instrumento de recolección de datos. Para la selección de los sujetos, se utilizó un modo de muestreo no probabilístico por conveniencia, de modo que se invitó a todos los enfermeros que trabajan en estas instituciones, que estaban en sus lugares de trabajo, durante el período de recolección de datos para participar en la investigación<sup>(14)</sup>. A través de procedimiento estadístico, la muestra se estimó en 150 informantes<sup>(15)</sup>.

### Recogida de datos

Se adoptó como procedimiento de entrega, para la aplicación del instrumento de recolección de datos, la visita a las unidades de los dos hospitales seleccionados de manera que se invitó a los enfermeros para participar en el estudio en el propio lugar y turno de trabajo. Los instrumentos se entregaron directamente a los informantes en un sobre sin identificación, junto con el consentimiento informado (CI). A través de la distribución de los instrumentos y consentimientos, se realizó la programación de su reunión, estableciendo el máximo de tres intentos a diferentes lugares para la recolección de los instrumentos entregados previamente.

Los instrumentos de recolección de datos se entregaron a 198 enfermeros y 165 (83,33) se recuperaron. De éstos, 12 se excluyeron porque no se desarrollan adecuadamente. La muestra final incluyó 153 sujetos.

### Validación de constructo del instrumento

Después de aplicar el instrumento de recolección de datos en la muestra seleccionada, la validación de constructo se realizó mediante el análisis de los factores y la verificación de la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach. Para realizar las pruebas estadísticas, se utilizó el software estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), version 22.0, facilitando la organización de los datos en las tablas, que permitieron una mejor visualización de los resultados y su interpretación.

El análisis factorial se realizó con el fin de reducir y resumir los datos, con el objetivo de formación de los factores. Se definió como método de extracción el análisis de componentes principales, aplicándose la rotación ortogonal Varimax, para discriminar mejor la relevancia de las variables de los componentes identificados. La formación de los factores obedeció dos criterios: el grado de asociación entre las variables que se encuentran a través de las cargas factoriales ( $>.400$ ); y el grado de subjetividad. Alfa de Cronbach se utilizó para evaluar la fiabilidad del instrumento al verificar la consistencia de diferentes características de cada uno de los factores a través de las preguntas del instrumento<sup>(14)</sup>.

### Resultados

Con respecto a la validez aparente del instrumento, el comité de expertos indicó consenso entre todos los ítems de la escala, evaluándolos como relevantes y asegurando su coherencia semántica, cultural, idiomática y conceptual. Hubo comprensión de todos los ítems, de la forma en que estos se han formulado, de manera que las cuestiones sufrieron pocas modificaciones, limitándose a su forma escrita.

En la pregunta 41, "Yo no soy un abogado eficaz porque estoy sufriendo de agotamiento profesional (Burnout)", se ha sugerido incluir también el término "sufrimiento moral", teniendo en cuenta la fuerte relación entre este fenómeno, el Burnout y la abogacía en salud<sup>(15)</sup>. De este modo, se propuso la pregunta 41 de la siguiente manera: "Yo no soy un defensor efectivo porque estoy sufriendo de agotamiento profesional (Burnout) y/o sufrimiento moral". Además, en la escala Likert, las opciones "en parte en desacuerdo" y "en parte de acuerdo" han sido sustituidas, respectivamente, por "más en desacuerdo que de acuerdo" y "más de acuerdo que en desacuerdo".

Otra orientación recibida ha sido garantizar que los enfermeros tuviesen conocimiento, aunque en general, del término abogacía en salud, teniendo en cuenta su uso limitado en Brasil. Por lo tanto, junto con las instrucciones de cumplimentación del instrumento, se insertó una breve definición del término abogacía en salud, basada en la literatura<sup>(6-9,12)</sup>. Con respecto al título de la escala para el portugués, se definió Escala de abogacía del paciente para enfermeros o *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS) - versión brasileña (PNAS-VB).

Con respecto a la validez de contenido, la pre-prueba, realizada con 30 enfermeros, estudiantes de

cursos de maestría y doctorado, confirmó que los ítems de la escala representaban el contenido analizado, de manera que no eran necesarios cambios en la redacción de las preguntas. Cuando se les preguntó acerca de las dificultades y facilidades para completar el instrumento, 24 participantes consideraron los ítems del instrumento como fáciles de entender. Sin embargo, seis participantes mostraron pequeñas dificultades, teniendo en cuenta especialmente la repetición de ciertas palabras e ideas. El tiempo para cumplimentar el instrumento osciló entre 12 y 20 minutos.

Con respecto a las características de la muestra estudiada, se encontró que los 153 enfermeros tenían una media de 33,13 años y la mayoría eran mujeres (89,5%). De los 153 enfermeros, 51 (33,3%) trabajaban en el hospital "H1" y 102 (66,7%) en el hospital "H2". El promedio de tiempo de formación profesional era de 7 años (7,04), mientras que el tiempo promedio de la actividad profesional era de 6 años (6,49).

Con respecto a la validez del constructo, las 43 preguntas del instrumento se sometieron al análisis factorial exploratorio (entre bloques), tratando de verificar la validez discriminante del instrumento. El primer grupo sugirió la formación de doce constructos, dificultando la categorización, de acuerdo con el referencial propuesto. Así, se llevó a cabo el proceso de exclusión gradual de cada una de las preguntas que tenían bajas correlaciones en sus bloques o no adhirieron conceptualmente a los constructos formados, con el fin de facilitar la agrupación

de las preguntas, considerando como punto de corte las cargas factoriales inferiores a 0,400.

A medida que se eliminaron las preguntas, y los constructos se han convertido más claros, se obtuvo como la solución de extracción – la formación pentafactorial. Al final de este análisis, 22 preguntas han sido excluidas del instrumento porque tenían cargas factoriales bajas (inferiores a 0,400), o formaron bloques aislados (formados de una única pregunta) y una pregunta ha sido excluida por no presentar la coherencia conceptual con el bloque propuesto. Las cinco dimensiones del instrumento explican el 66.27% de la variación de las preguntas originales, lo que es un grado apropiado de síntesis de los datos, facilitando su interpretación.

Así, en su versión final, el instrumento, que consta de 20 ítems, presentó cinco constructos: implicaciones negativas del ejercicio de la abogacía, acciones de abogacía, facilitadores del ejercicio de abogacía, percepciones que favorecen el ejercicio de la abogacía y las barreras al ejercicio de la abogacía. La Figura 1 muestra la definición de cada constructo formado.

La fiabilidad de los cinco constructos del instrumento se evaluó mediante el cálculo de alfa de Cronbach. El instrumento presentó valor alfa de Cronbach de 0,78, mientras que los coeficientes de los cinco constructos estuvieron entre 0,70 y 0,87. La Tabla 1 muestra las cargas factoriales de cada constructo, de acuerdo con su formación en los factores, la varianza explicada y valores alfa de Cronbach.

Constructo	Definición del constructo
Implicaciones negativas de la práctica de la abogacía	Consecuencias del ejercicio de la abogacía que pueden conducir los enfermeros de ser acusados de insubordinación y sufrieren pérdida de la reputación profesional, e incluso pueden ser llamados de pésimos compañeros de trabajo, perder sus puestos de trabajo y experimentaren perturbaciones en su vida personal <sup>(16)</sup>
Acciones de abogacía	Acciones multidimensionales de los enfermeros para abogar por los pacientes, que varían según las diferentes situaciones clínicas, ambientes y relaciones <sup>(5-6)</sup>
Facilitadores del ejercicio da abogacía	Características y competencias de los enfermeros que pueden facilitar el ejercicio de la abogacía de los pacientes, por ejemplo, cuando los enfermeros tienen un mayor sentido de confianza que viene de su propia valía profesional <sup>(3)</sup>
Percepciones que favorecen el ejercicio de la abogacía	Percepciones de los enfermeros en relación con la abogacía y la atención que prestan a los pacientes, que pueden favorecer el ejercicio en el ambiente de trabajo <sup>(11)</sup>
Barreras al ejercicio de la abogacía	Barreras que pueden impedir los enfermeros de realizar plenamente su papel como abogados de los pacientes y contribuir a no percibir su papel en la abogacía y para que tengan dificultades para tomar decisiones en su trabajo <sup>(16)</sup>

Figura 1 - Definición de los constructos formados. Rio Grande, RS, Brasil, 2014

Tabla 1 - Análisis factorial exploratorio (rotación Varimax). Rio Grande, RS, Brasil, 2014

Preguntas	Bloque	F1	F2	F3	F4	F5
Implicaciones negativas del ejercicio de la abogacía						
q30 Puede ser arriesgado para mi trabajo actuar como un abogado del paciente	,644	,743	0,04	-,222	-,056	,198
q31 Enfermeros que hablan por los pacientes pueden sufrir represalias por parte de sus empleadores	,641	,778	-,033	,081	,134	,097

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Preguntas	Bloque	F1	F2	F3	F4	F5
q32 Yo puedo ser castigado por mis acciones por el empleador cuando informo a los pacientes sobre sus derechos	,701	,812	,014	,011	-,095	,181
q33 Enfermeros que hablan en nombre de los pacientes vulnerables pueden ser llamados de perturbadores por los empleadores	,715	,824	-,032	-,016	,136	,126
q34 Cuando los enfermeros informan y enseñan a los pacientes sobre sus derechos en el ambiente clínico, se pueden poner en riesgo su trabajo	,690	,820	,041	,094	,009	-,086
Acciones de abogacía						
q5 Estoy actuando en nombre del paciente cuando estoy actuando como su abogado	,591	-,092	,748	,081	,131	,019
q6 Intervengo en nombre del paciente cuando estoy actuando como su abogado	,811	,012	,899	,044	,013	,026
q7 Estoy actuando como la voz del paciente cuando yo estoy abogando para el paciente	,766	,024	,861	,149	-,036	-,003
q8 Estoy actuando como representante del paciente al actuar como su abogado	,565	,073	,699	,149	,212	-,052
Facilitadores del ejercicio de la abogacía						
q19 Yo puedo ser un mejor defensor del paciente porque tengo más autoconfianza	,517	,115	,299	,640	,064	,017
q20 Enfermeros que se han comprometido a proporcionar una buena atención son mejores abogados de los pacientes	,754	,036	-,041	,851	,167	,006
q21 Mayor dedicación a la enfermería aumenta la capacidad de los enfermeros para ser un abogado del paciente	,714	-,033	,092	,832	,109	,028
q22 Una mayor cualificación en enfermería mejora la eficacia de los enfermeros en la defensa del paciente	,705	-,075	,148	,811	,135	-,030
Percepciones que favorecen el ejercicio de la abogacía						
q4 Enfermeras que entienden los beneficios de la abogacía de los pacientes son mejores abogados de los pacientes	,584	-,186	,394	,398	,439	-,207
q26 Enfermeros que proveen información a los pacientes sobre su atención están actuando como sus abogados	,612	-,094	,139	,180	,737	,090
q27 Los pacientes tienen diferentes grados de capacidad para defenderse	,566	,180	-,061	,107	,719	-,042
q28 Pacientes vulnerables necesitan mi protección en situaciones perjudiciales	,671	0,66	,188	,106	,785	-,069
Barreras al ejercicio de la abogacía						
q41 Yo no soy un abogado efectivo porque estoy sufriendo de agotamiento (Burnout) y/o sufrimiento moral	,644	,323	-,069	,086	-,026	,726
q42 Porque no me gusta trabajar como enfermero, tengo menos voluntad de actuar como un abogado del paciente	,719	,059	,121	,044	,031	,835
q43 Me falta dedicación a la profesión de la enfermería para actuar como un abogado del paciente	,644	,079	-,079	-,108	-,063	,785
Initial Eigenvalue		4,35	3,72	2,08	1,71	1,38
% variancia explicada – rotado (66,27%)		21,77	18,62	10,40	8,54	6,9
Alfa de Cronbach (instrumento 0,78)		0,87	0,84	0,81	0,70	0,70
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,76)						
Prueba de Bartlett: Chi-cuadrado=1245,737						

## Discusión

Como se muestra en los resultados, la aplicación de la PNAS-VB en enfermeros de dos hospitales presentó cinco constructos que, en relación con la estructura y la definición conceptual, demostraron diferencias pequeñas de los resultados obtenidos en el estudio de validación del instrumento original<sup>(12)</sup>, con solución tetrafactorial. No obstante, teniendo en cuenta la base teórica de la abogacía en salud, ejercida por los enfermeros en el ambiente de la práctica profesional<sup>(6-9)</sup>, el instrumento validado en esta investigación presentó adherencia teórica, resaltando cinco dimensiones asociadas a la abogacía en salud por los enfermeros. Cabe destacar

también que la versión brasileña es la primera a ponerse a disposición, de modo que no se encuentran en la literatura otras versiones del instrumento para otros países.

En la PNAS original, 37 preguntas se han validado en cuatro constructos: actuando como abogado, situaciones de trabajo y acciones de abogacía, ambiente y influencias educacionales y apoyo y barreras al ejercicio la abogacía<sup>(12)</sup>. En el instrumento validado para el contexto brasileño, se han validado 20 preguntas en cinco constructos: implicaciones negativas del ejercicio de la abogacía, acciones de abogacía, facilitadores del ejercicio de la abogacía, percepciones que favorecen el ejercicio de la abogacía y barreras al ejercicio de la

abogacía. Las diferencias entre los estudios muestran singularidades en la aplicación de la PNAS en diferentes ambientes y culturas, lo que demuestra que la forma en que los enfermeros ejercen la abogacía en la salud puede variar en diferentes contextos.

Con respecto a los constructos, el primero constructo de la PNAS-VB, *implicaciones negativas del ejercicio de la abogacía*, se compone de los mismos elementos que forman la segunda subescala de la PNAS original<sup>(12)</sup>, "situación laboral y acciones de abogacía". Aunque los efectos positivos de la abogacía se reconocen abiertamente por garantizar que los derechos, valores e intereses de los pacientes sean protegidos y preservados, los enfermeros pueden enfrentar varias consecuencias negativas frente al ejercicio de la abogacía en salud, ante los problemas éticos encontrados en el trabajo diario<sup>(16)</sup>. De este modo, los ítems de este constructo se corresponden con los hallazgos en la literatura, dado que el acto de abogar en defensa del paciente, en el ambiente del ejercicio de lo enfermero, puede resultar en riesgos para los enfermeros, que pueden ser llamados de perturbadores por sus compañeros de trabajo y empleadores, o incluso perder sus empleos<sup>(17)</sup>.

Todavía, el constructo *acciones de abogacía* está directamente relacionado con la subescala "actuando como abogado" de la PNAS original<sup>(12)</sup>, representada por las acciones ejercidas por los enfermeros que abogan para los pacientes. Por lo tanto, en la PNAS original, esta subescala también contiene ítems que reflejan las percepciones de los enfermeros en relación con la atención que prestan a los pacientes y al ejercicio de la abogacía, mientras que en la PNAS-VB, los ítems que componen este constructo se limitan únicamente a las acciones ejercidas por los enfermeros.

El constructo *facilitadores del ejercicio de la abogacía* incluye ítems relacionados con las características personales y profesionales de los enfermeros, que pueden ser consideradas los principales facilitadores del ejercicio de la abogacía en el ambiente de trabajo<sup>(3,18)</sup>. Este constructo corresponde a la subescala "ambiente e influencias educacionales", propuesto por la PNAS original, también compuesta por ítems que se relacionan con el uso de la experiencia personal y profesional para actuar como abogado, y también el ambiente interno de los enfermeros, incluyendo las características intrínsecas como confianza, valores personales y creencias<sup>(12)</sup>.

Esta subescala es de suma importancia para la comprensión del ejercicio de la abogacía por los enfermeros, ya que, aunque que haya el deseo y la necesidad de defender los derechos e intereses de los pacientes, frecuentemente los enfermeros no tienen la preparación adecuada para ejercer la abogacía, como

la falta de comprensión de las situaciones éticas, o por limitaciones personales y técnicas<sup>(3,12,17)</sup>.

El cuarto constructo, *percepciones que favorecen el ejercicio de la abogacía*, puede estar relacionado con algunas circunstancias que actúan como un "gatillo" para que el ejercicio de la abogacía de la salud del paciente se exprese como: la vulnerabilidad del paciente, la responsabilidad profesional y la obligación moral del enfermero<sup>(19)</sup>. Así, se puede percibir que el ejercicio de la abogacía puede provenir de las propias percepciones de los enfermeros en relación con la atención que prestan a los pacientes, impregnando el sentido de responsabilidad profesional, el reconocimiento de los beneficios de la abogacía en salud por los enfermeros, el establecimiento de una relación adecuada con los pacientes y de posibles enfrentamientos con los intereses institucionales, al informarles de sus derechos, contribuyendo para que ejerzan su autonomía en la toma de decisiones<sup>(2)</sup>.

En cuanto al último constructo, *barreras al ejercicio de la abogacía*, se observó que los ítems validados incluyen barreras que actúan desalentando los enfermeros para actuar según sus conocimientos y valores como, por ejemplo, en situaciones reconocidas como de insatisfacción con el trabajo y con la carrera elegida, Burnout y/o sufrimiento moral, lo que hace difícil para que los enfermeros realicen plenamente su papel como abogados de los pacientes<sup>(19)</sup>. De este modo, los enfermeros, al optar por no realizar el afrontamiento de las barreras que pueden impedir el ejercicio de la abogacía, estén optando, también, no por abandonar la profesión, pero por alejarse de sus valores, creencias y, por último, de los propios ideales de la profesión<sup>(19)</sup>.

En la PNAS original<sup>(12)</sup>, se validó la subescala "apoyo y barreras a la abogacía", lo que difiere del constructo formado en este estudio, ya que los elementos relacionados con el apoyo a la abogacía han sido validado en el tercer constructo, *facilitadores del ejercicio de la abogacía*, y se refieren únicamente a los valores personales y la formación profesional de los enfermeros. De este modo, los enfermeros brasileños parecen comprender los valores y la formación profesional como principales fuentes de apoyo para las acciones de abogacía. Aún, en la PNAS original, las subescalas "ambiente e influencias educacionales" y "apoyo y barreras a la abogacía" presentan algunas semejanzas entre sus ítems, teniendo en cuenta que se formaron por preguntas que reflejaban las características internas de los enfermeros y que contribuyen a su capacidad de abogar, como la confianza<sup>(12)</sup>.

Con respecto a la fiabilidad del instrumento, los resultados obtenidos representan índices bastante satisfactorios, especialmente cuando se compara con la validación del instrumento original<sup>(12)</sup>, garantizando

así, la fiabilidad del instrumento validado para estudios posteriores. El Alfa de Cronbach de la PNAS-VB presentó valor 0,78, mientras que los coeficientes de los cinco constructos estuvieron entre 0,70 y 0,87. Este resultado es similar a la PNAS original, que obtuvo alfa de Cronbach de 0,80 para el instrumento y varió desde 0,93 hasta 0,70 para los cuatro constructos<sup>(12)</sup>, representando una alta consistencia interna entre las respuestas.

## Conclusión

Los resultados muestran que la *Protective Nursing Advocacy Scale* - Versión Brasileña constituye un instrumento válido y fiable para la evaluación de las creencias y acciones de abogacía en salud por los enfermeros brasileños, contribuyendo para orientar el ejercicio de la abogacía en enfermería y proporcionar las bases para la investigación en esta área.

Se ha podido identificar cinco constructos que explican el ejercicio de la abogacía en salud por los enfermeros en el contexto brasileño: implicaciones negativas del ejercicio de la abogacía, acciones de abogacía, facilitadores del ejercicio de la abogacía, percepciones que favorecen el ejercicio de la abogacía y barreras al ejercicio de la abogacía. La validación de la versión en portugués del instrumento se presenta como un recurso adicional para ponerse a disposición de los investigadores que tratan de entender mejor el ejercicio de la abogacía en salud por los enfermeros, en numerosas instituciones de salud en el contexto brasileño.

Como una limitación de este estudio, se señala la ausencia de la PNAS adaptada y validada a otros países, lo que impidió el establecimiento de mayores comparaciones. Por último, se sugiere la aplicación del instrumento adaptado en esta investigación en otros lugares de Brasil, verificando si hay, o no, diferencias significativas que afectan a la comprensión de las creencias y acciones de abogacía en salud por los enfermeros brasileños.

## Referencias

1. Annas GJ. The patient rights advocate: can nurses effectively fill the role? *Superv Nurse*. 1974 Jul;5(7):20-5.
2. Pavlish C, Ho A, Rounkle A. Health and human rights advocacy: perspectives from a Rwandan refugee camp. *Nurs Ethics*. 2012 Jul;19(4):538-49.
3. Hanks RG. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. *Nurs Forum*. 2010 Apr-Jun;45(2):97-107.
4. Josse-Eklund A, Jossebo M, Sandin-Bojo AK, Wilde-Larsson B, Petzall K. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy. *Nurs Ethics*. 2014;21(6):673-83.
5. Bu X, Wu YB. Development and psychometric evaluation of the instrument: attitude toward patient advocacy. *Res Nurs Health*. 2008 Feb;31(1):63-75.
6. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Suominen T, Puukka P. Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. *Nurs Ethics*. 2009 May;16(3):340-62.
7. Ware LJ, Bruckenthal P, Davis GC, O'Conner-Von SK. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. *Pain Manag Nurs*. 2011 Mar;12(1):25-32.
8. Cawley T, Mcnamara PM. Public health nurse perceptions of empowerment and advocacy in child health surveillance in West Ireland. *Public Health Nurs*. 2011 Mar-Apr;28(2):150-8.
9. Cole C, Wellard S, Mummery J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics*. 2014 Aug;21(5):576-82.
10. Simmonds AH. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. *Nurs Ethics*. 2008 May;15(3):360-70.
11. Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J Adv Nurs*. 2007 Jan;57(1):101-10.
12. Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2010 Mar;17(2):255-67.
13. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000 Dec;25(24):3186-91.
14. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 Feb;22(1):35-42.
15. Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nurs Ethics*. 2010 Mar;17(2):247-54.
16. Hanks RG. The lived experience of nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2008 Jul;15(4):468-77.
17. Thacker KS. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nurs Ethics*. 2008 Mar; 15(2):174-85.
18. O'Connor T, Kelly B. Bridging the Gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nurs Ethics*. 2005 Sep;12(5):453-67.
19. Barlem ELD, Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics*. 2014. In press. pii: 0969733014551595. [Epub ahead of print].

Recibido: 11.08.2014

Aceptado: 21.02.2015