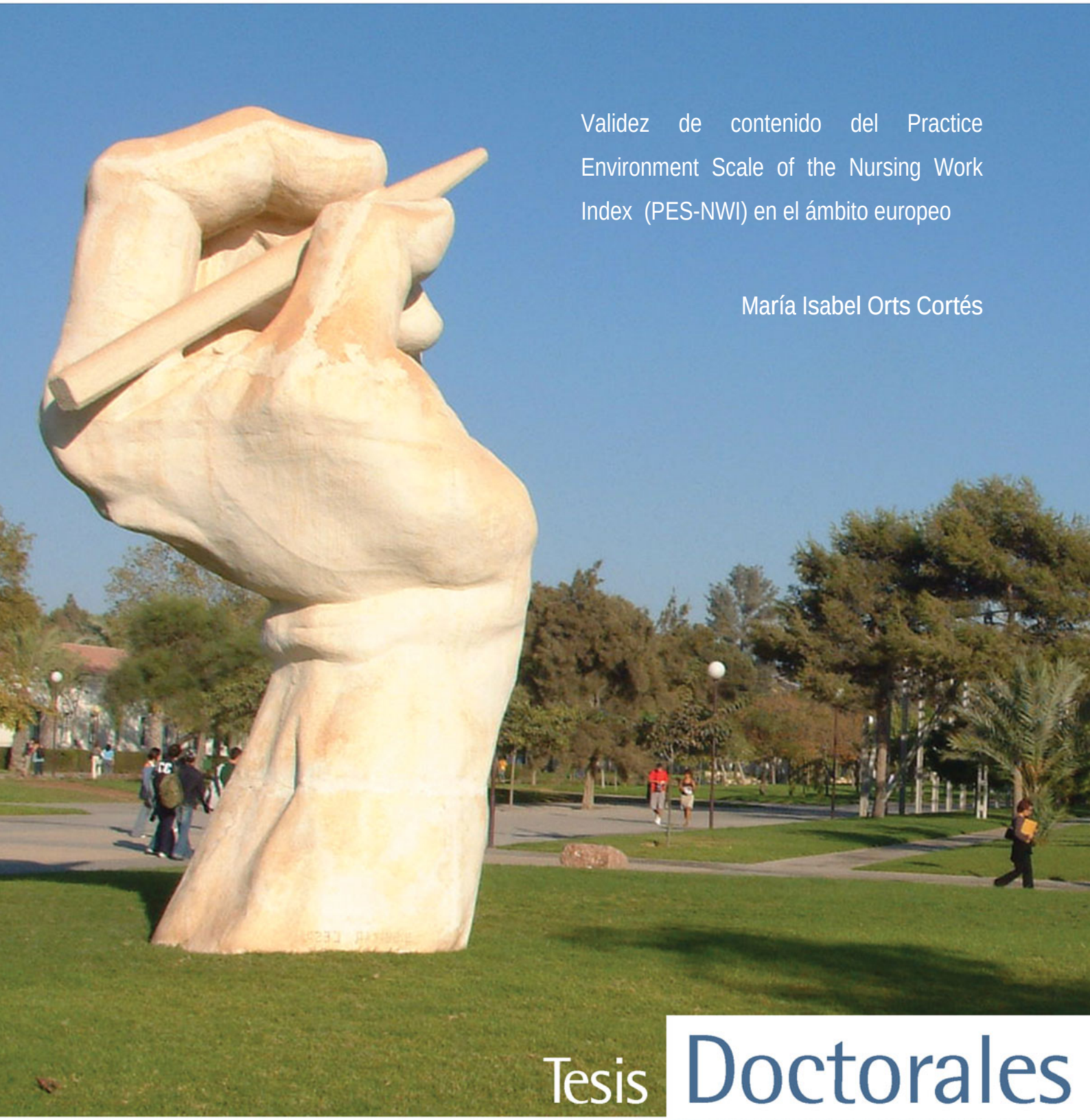
Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo

María Isabel Orts Cortés

Tesis Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE

TESIS DOCTORAL

Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo

María Isabel Orts Cortés

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud
Escuela Universitaria de Enfermería

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2011

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TESIS DOCTORAL

Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo

Autora
María Isabel Orts Cortés
Directoras
Loreto Maciá Soler
Teresa Moreno Casbas
Allison Patricia Squires

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud
Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Alicante

2011

Escuela Universitaria de Enfermería

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Universidad de Alicante

Título: Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo

Tesis Doctoral presentada por Mª Isabel Orts Cortés para optar al grado de Doctora

Directoras: Loreto Maciá Soler, Teresa Moreno Casbas y Allison Patricia Squires

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

LORETO MACIÁ SOLER, PhD, RN
Profesora titular de Universidad
Universidad Jaume I
Castellón

TERESA MORENO CASBAS, PhD, RN
Responsable Unidad de coordinación y desarrollo
de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
de la Subdirección General de Redes y Centros de Investigación Cooperativa del
Instituto de Salud Carlos III
Madrid

ALLISON PATRICIA SQUIRES, PhD, RN
Assistant Professor & Deputy Director, International Education & Visiting Scholars
College of Nursing, New York University
USA

Certifica:

Que la tesis doctoral titulada VALIDEZ DE CONTENIDO DEL PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF THE NURSING WORK INDEX (PES-NWI) EN EL ÁMBITO EUROPEO redactada por la Msc. *Mª ISABEL ORTS CORTÉS*, ha sido realizada bajo su dirección

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Alicante, 2011

Fdo. Loreto Maciá Soler Fdo. Teresa Moreno Casbas Allison Patricia Squires

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Agradecimientos

A mis directoras, Loreto Maciá, Mayte Moreno y Allison Squires, por haberme dado la oportunidad de aprender con la realización de este trabajo, y que sin ellas no habría sido posible, gracias por vuestra amistad, dedicación y paciencia.

Al grupo RN4CAST internacional y sobre todo al grupo RN4CAST español, por su gran colaboración.

A Mª Eugenia, por su enorme apoyo personal y profesional, por estar siempre a mi lado, gracias, gracias por todo.

A Asun por su amistad y por estar siempre pendiente de todo.

A Joaquín, Pep y Andreu por su apoyo y amistad.

A mis padres Francisco y Mercedes y mis hermanos por estar siempre conmigo.

A Joaquín, y a mis queridos hijos, Joaquín, Miguel e Isabel, por estar siempre junto a mí.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Índice

Abreviaturas i

RESUMEN 1

INTRODUCCIÓN 7

Adaptación transcultural de instrumentos 9
Validez de contenido 11
Medida en el entorno de trabajo de enfermería. 15
Desarrollo del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) 20
Proyecto internacional, Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing (RN4CAST) 26

OBJETIVOS 27

METODOLOGÍA 31

Diseño, ámbito y participantes 33
Variables y procedimiento de recogida de datos 33
Análisis de datos 39
Consideraciones éticas 41

RESULTADOS 43

Resultados globales de la Validez de contenido 45
Comparación entre las diferentes versiones lingüísticas de un mismo país. Bélgica y Suiza 46
Comparación entre las diferentes versiones lingüísticas de un mismo idioma 47
Validez de contenido de los ítems 47
Análisis de las puntuaciones del I-CVI en relación con el Kappa y número de expertos 87
Análisis por subescalas 89

DISCUSIÓN 97

CONCLUSIONES 107

REFERENCIAS 111

Lista de figuras 121

Lista de tablas 125

Anexo 1. Estudios publicados en revistas de enfermería que han utilizado el Content Validity Index para el desarrollo de instrumentos 129

Anexo 2. Estudios relacionados con el NWI-R 137

Anexo 3. Estudios relacionados con el el PES-NWI 143

Anexo 4. Versión España (español) del PES-NWI 149

Anexo 5. Etapas del proceso de adaptación transcultural de las versiones del PES-NWI 153

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo 6. Resultados de la validez de contenido por países (idioma) **157**

Alemania (Alemán) 159
Bélgica (Francés) 160
Bélgica (Holandés) 161
España (Español) 162
Finlandia (Finlandés) 163
Grecia (Griego) 164
Irlanda (Inglés-irlandés) 165
Polonia (Polaco) 169
Reino Unido (Inglés Británico) 171
Suecia (Sueco) 173
Suiza (Alemán) 174
Suiza (Francés) 175
Suiza (Italiano) 176
USA (Inglés americano) 177

Anexo 7. Representación gráfica de las puntuaciones de los I-ICV de los 32 ítems del PES-NWI **179**

Anexo 8. Evaluación de los ítems potencialmente problemáticos en función de la subescala **197**

Subescala 1. Participación de las enfermeras en asuntos del hospital 199
Subescala 2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado. 199
Subescala 3. Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora. 200
Subescala 4. Dotación de personal y recursos 200
Subescala 5. Relaciones entre enfermeras y médicos 200

Diligencia de calificación **201**

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Abreviaturas

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

K (F): criterio de valoración de (Fleiss, 1981)

Excelente=	≥ 0,75
Buena=	0,60-0,749
Débil=	0.40-0.599
Pobre=	< 0.40

Valoración K (P): criterio de valoración de Polit et al. 2007

Excelente=	>0.74
Buena=	0,60-0,74
Débil=	-
Pobre=	0,59-0,40

VP: Valoración pobre

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

RESUMEN

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Los estudios de investigación internacionales requieren la adaptación transcultural de los instrumentos de medida utilizados en los diferentes países implicados. La adaptación transcultural de un cuestionario para su uso en un nuevo país o contexto, requiere de métodos rigurosos para alcanzar la validez o equivalencia (lingüística y cultural) entre el original y las versiones del cuestionario donde se va a utilizar. Dentro de este proceso, se ha de obtener la validez de contenido, es decir, conseguir que los ítems del cuestionario representen una adecuada definición operacional del constructo del instrumento de medida en la nueva cultura. El índice de validez de contenido (CVI) es un indicador basado en la valoración realizada por evaluadores expertos acerca de la pertinencia de los ítems del instrumento, mide su calidad global (S-CVI) y por ítem (I-CVI), que unido al cálculo del coeficiente kappa modificado (K), que establece la validez de cada uno de los ítems del cuestionario ajustando la concordancia debida al azar, permitiría evaluar cuantitativamente esta propiedad psicométrica. El Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI) es una escala de 31 ítems, que mide el entorno de la práctica de enfermería. Fue desarrollado por Lake, en 2002, a partir de dos instrumentos previos: el NWI, elaborado por Kramer & Hafner en 1989 y el NWI-R, de por Aiken y cols. Publicado en el año 2000. Esta herramienta parece ser uno de los mejores instrumentos para medir el entorno de la práctica de enfermería debido a su idoneidad, su estructura, y su capacidad de discriminar hospitales con las características esenciales de los "Hospitales Magnéticos", y además ha podido relacionar, con estudios transversales, los resultados de salud del paciente con la práctica de enfermería.

La tesis doctoral que se presenta a continuación está enmarcada en dos proyectos de investigación: el proyecto internacional, Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing (RN4CAST) y el subproyecto español denominado "Relación entre la seguridad del paciente, la provisión y formación de las enfermeras y las características organizacionales, de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. RN4CAST-España".

El objetivo general de la investigación llevada a cabo en la tesis fue analizar los resultados de validez de contenido del PES-NWI en 11 países (España, Bélgica, Grecia, Alemania, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Suecia, Suiza y Reino Unido) y en 10 idiomas oficiales con las modificaciones de los dialectos regionales (español, griego, finlandés, holandés, polaco, sueco, italiano, alemán, inglés y francés) a través del indicador Content Validity Indexing (CVI).

Se ha realizado un estudio observacional transversal de ámbito europeo. Para el presente estudio se utilizó el PES-NWI original con algunas modificaciones del mismo dirigidas por los creadores del NWI-R y del PES-NWI. Consta de 32 ítems y se estructura en cinco subescalas: (1) participación de las enfermeras en asuntos del hospital (ocho ítems); (2) Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado (nueve ítems); (3) aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora (cuatro ítems); (4) dotación de personal y recursos (cuatro ítems); y (5) relaciones entre enfermeras y médicos (siete ítems). En primer lugar se procedió a la obtención de las 14 versiones del cuestionario a partir del instrumento en inglés americano, a través de un proceso de traducción y retro-traducción siguiendo la metodología establecida por los expertos en el área. Posteriormente, tras la selección de expertos de

cada país participante se obtuvieron las valoraciones de cada uno de los 32 ítems. Se elaboró un cuestionario donde se exponían los ítems y los evaluadores expertos debían valorar su relevancia con una escala tipo Likert de 1 a 4 donde 1 se correspondió con: "totalmente en desacuerdo"; 2: "de alguna manera en desacuerdo"; 3: "de alguna manera de acuerdo; y 4: "totalmente de acuerdo". El cuestionario fue auto-administrado por vía internet o documento Word. Una vez obtenidas las valoraciones se calcularon los indicadores del CVI: número de acuerdos, los I-CVI (validez aceptable ≥0,78), S-CVI (validez aceptable >0,80), K (valoración: pobre<0,60; buena=0,60-0,74; excelente >0,74; según Polit et al. 2007), de los 32 ítems y agrupados por las sub-escalas que componen el PES-NWI de las 14 versiones del instrumento, se tomó como versión de referencia la escala de USA. Se consideraron ítems potencialmente problemáticos (IPP), aquellos que obtuvieron un coeficiente kappa menor 0,60. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial en función de la naturaleza de las variables y las condiciones de aplicación de los test estadísticos; se utilizaron las pruebas paramétricas t de Student y ANOVA para comparar medias con las variables cualitativas, o sus correspondientes pruebas no paramétricas, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis; y el test de Chi-Cuadrado para la comparación de las variables cualitativas. El nivel de significación estadística se estableció en $p<0.05$. Se utilizó el programa Excel 2007 para recoger todas las valoraciones de los expertos y posteriormente realizar los cálculos de los indicadores del CVI de cada una de las versiones lingüísticas. Para el análisis descriptivo e inferencial se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, Versión 17.0. Se respetaron todos los principios éticos de la investigación científica biomédica. También se solicitó el consentimiento a todos los participantes del estudio. Así mismo, todos los proyectos fueron aprobados por los distintos comités de ética e investigación de las instituciones de donde procedían los Investigadores principales de cada país participante.

Formaron parte del panel de expertos para la evaluación de la validez de contenido de las distintas versiones del PES-NWI, un total de 122. La media de expertos fue de 8,71 (Min.=5; Max=11). La valoración global de las 14 versiones (S-CVI) osciló entre 0,60 y 0,98. Once de las catorce versiones alcanzaron la puntuación mínima de validez de contenido, de ellas cinco: Alemania, Países Bajos, Suecia, Suiza (italiano y alemán) presentaron una puntuación del S-CVI > 0,90, por tanto alcanzaron una validez elevada. Las versiones de Suiza (francés) y Bélgica (francés) rozaron la validez de contenido con una puntuación del S-CVI 0,77 y 0,76 respectivamente y una valoración según el K de buena. Polonia no alcanza la validez de contenido mínima con un S-CVI de 0,60 y una valoración K pobre.

Las puntuaciones de la validez global de las distintas versiones lingüísticas de un mismo país presentaron diferencias estadísticamente significativas. Tal fue el caso de la versión de Bélgica en francés y en holandés (S-CVI=0,77 y 0,85 respectivamente; p=0,003) y la versiones de Suiza en italiano, alemán y en francés (S-CVI= 0,98, 0,94 y 0,76 respectivamente; p<0,001). Las diferencias obtenidas en las distintas versiones de un mismo país, parecen indicar la importancia del proceso de adaptación de un instrumento, y la necesidad de validarlo en el contexto donde vaya a ser utilizado.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Las puntuaciones globales de las escalas en las versiones lingüísticas en inglés, en francés y en holandés no difieren. En las versiones en alemán de Alemania y Suiza, sí se encontraron diferencias en el S-CVI, donde el número de expertos difería considerablemente entre Alemania y Suiza; la primera tuvo 5 y la segunda 9, por tanto pudo haber un sesgo relacionado con esta variable.

En cuanto a los resultados de la validez de los 32 ítems de las 14 versiones, más del 86% de las puntuaciones del kappa modificado alcanzaron la valoración de buena/excelente, y sólo 61 ítems obtuvieron una valoración "pobre". La versión de Polonia presentó un 62% de IPP. Una de las posibles explicaciones a esta última cuestión es, que Polonia estableció la titulación de Enfermería recientemente, en el año 2004, quedando por tanto el nivel académico y de profesionalización de los enfermeros polacos sin equipararse todavía al contexto del resto de la UE ni al de EEUU. Si no consideramos los resultados de las valoraciones de Polonia, la muestra de expertos de todas las versiones establece con unanimidad la relevancia de 10 de los 32 ítems, la mayoría de ellos pertenecen principalmente a la subescala "Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado".

Existieron discrepancias entre la puntuación mínima deseable dada por el I-CVI y el K. La media del coeficiente kappa modificado para los ítems con valoración excelente estuvo por encima de 0,78. Sin embargo los de valoración buena, obtuvieron una media de 0,71. El número de expertos ha influido en los resultados de la validez de contenido de los ítems siendo mayor en las valoraciones excelentes y buenas y sin diferencias estadísticamente significativas en las valoraciones pobres. Por tanto los resultados del estudio corroboran la influencia del número de expertos y el coeficiente kappa establecido por otros autores (Beckstead, 2009; Polit et al., 2007; Squires, 2009b). Por otra parte, para explorar con mayor profundidad estas discrepancias (entre la puntuación del I-CVI y K), se podría analizar si estos ítems se comportan de diferente forma que el resto en función de las respuestas dadas por los enfermeros de cada país, y analizar si la valoración global del instrumento o subescalas, mejora con la modificación o eliminación de los mismos.

Existieron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones globales de las 5 subescalas (Chi-cuadrado=25,26; gl: 8; p=0,001), siendo las subescalas 1 "Participación de las enfermeras en asuntos del hospital" y la 5 "Relaciones entre enfermeras y médicos", las que presentan en un mayor porcentaje de ítems de IPP. La primera de ellas puede estar fuertemente ligada a los modelos de gestión clínica de cada país.

En términos globales, la validez de contenido del *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* ha resultado adecuada en las 13 de las 14 versiones de los países de ámbito europeo del estudio. Si bien, en estudios internacionales se hace necesario el uso de herramientas homogéneas, los resultados de este estudio indican la necesidad de poder mejorar el instrumento en determinadas versiones sin perder la posibilidad de su uso transcultural. Es decir conseguir una mejor adaptación transcultural, manteniendo la validez de constructo.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El objetivo fundamental de la investigación en enfermería, por ser una disciplina práctica, es "crear y mantener una sólida base científica para la práctica de la enfermería, que promueva mejores resultados en los cuidados del paciente *(patient care outcomes)"* (Talbot, 1995). Todas las funciones de la enfermería, asistencial, docente, investigadora y gestora necesitan resultados de investigación que mejoren la calidad de la atención al ciudadano desde diferentes enfoques, utilizando métodos cuantitativos o cualitativos y en base a la mejor evidencia disponible. Investigar consiste en realizar estudios sistemáticos y concienzudos para dar validez y exactitud al conocimiento existente y generar nuevos conocimientos, en definitiva se ocupa de dar respuestas a preguntas o problemas. (Burns & Grove, 2009; Polit & Beck, 2008).

Realizar una investigación que permita la transferencia de conocimientos a la práctica, requiere un método riguroso que garantice la calidad de los resultados. La investigación cuantitativa utiliza el método científico como proceso y finaliza con la obtención de resultados. En este proceso la recogida de datos adquiere especial relevancia.

Dentro de las herramientas de recogida de datos, el cuestionario es una herramienta básica utilizada por un elevado porcentaje de los investigadores, en relación con otras herramientas.

Sin embargo es difícil diseñar un cuestionario que cumpla adecuadamente su objetivo de medición. La dificultad, radica en la necesidad de que tenga validez y fiabilidad.

La validez constituye uno de los criterios de importancia para evaluar la idoneidad de un instrumento cuantitativo; denota el grado en que un instrumento mide lo que supone que debe medir. Podríamos decir, que cuando se quiere evaluar la validez de un instrumento hemos de obtener la(Polit & Hungler, 2000):

- Validez aparente, se refiere al hecho de que el instrumento parezca medir el constructo adecuado.
- Validez de contenido, hace referencia al grado en que los ítems de un cuestionario representan adecuadamente el constructo que se está midiendo.
- Validez de criterio, grado de correlación entre los resultados de un instrumento y algún criterio externo *"gold standard"*.
- Validez de constructo, pretende responder a las preguntas: ¿Qué mide realmente este este instrumento de medición?, ¿Mide adecuadamente el concepto abstracto que investiga?

Adaptación transcultural de instrumentos

El desarrollo de instrumentos transculturales para investigaciones internacionales (tanto desde la perspectiva cualitativa y cuantitativa) es una cuestión necesaria y estudiada teórica y empíricamente por autores de Ciencias de la salud (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Cha, Kim, & Erlen, 2007; Chen & Boore, 2010; Flaherty et al., 1988;

Mallinckrodt & Wang, 2004; Maneesriwongul & Dixon, 2004; Perneger, Leplège, & Etter, 1999; Peters & Passchier, 2006; Squires, 2009a; Squires, 2008).

En el apartado anterior, hemos expuesto los distintos tipos de validez de un instrumento de medida, pero la utilización de un instrumento en culturas diferentes requiere una evaluación de su validez o equivalencia transcultural del instrumento traducido. Flaherty et al. (1988), propusieron 5 niveles para establecer la equivalencia transcultural:

1. Equivalencia de contenido. El contenido de cada ítem del instrumento es relevante al fenómeno de cada cultura.
2. Equivalencia semántica. El significado de cada ítem el mismo en cada cultura después de la traducción en el idioma (escrito y oral) de cada cultura
3. Equivalencia técnica. El método de evaluación es comparable en cada cultura con respecto a los datos que produce.
4. Equivalencia de criterio. La interpretación de la medición de la variable permanece igual cuando se compara con la norma de cada cultura estudiada.
5. Equivalencia conceptual. El instrumento mide el mismo constructo teórico en cada cultura.

Por tanto, en investigaciones internacionales la selección del instrumento de medida ha de ser realizado de acuerdo a las siguientes prioridades (Flaherty et al., 1988):

a. Instrumentos que presenten equivalencia transcultural.
b. Instrumentos con buenas propiedades psicométricas testadas ampliamente en un determinado contexto/cultura, pero no en otras.
c. Instrumentos que tienen una elevada validez aparente pero requieren más estudios psicométricos en el país original donde se desarrolló, para posteriormente realizar una adaptación transcultural.
d. En ausencia de este tipo de instrumentos los investigadores han de desarrollar uno nuevo, testando sus propiedades psicométricas y su consecuente proceso de adaptación transcultural.

Instrumentos válidos y fiables son cada vez más utilizados en investigaciones transculturales en enfermería. El proceso de traducción de instrumentos válidos a otras lenguas de determinados contextos culturales es utilizado para la generación de instrumentos interculturales. Sin embargo, la calidad de los datos derivados de instrumentos traducidos se basa en la exactitud del proceso de adaptación aplicada (Martin, Vincenzi, & Spirig, 2007). Maneesriwongul & Dixon (2004), realizaron un estudio de revisión donde identificaron y clasificaron instrumentos traducidos utilizados en investigación cuantitativa en el ámbito de la enfermería e indizados en la base de datos CINAHL. Los resultados del estudio establecen que los estudios identificados desarrollan distintos grados de traducción y que es recomendable la evaluación previa del instrumento en el lenguaje objeto de estudio.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Validez de contenido

Como ya se ha mencionado, la validez de contenido es uno de los aspectos más importante en la adaptación y validación de los instrumentos de medida, especialmente si estos van a ser utilizados en investigaciones internacionales con muestras de distintos idiomas, o van a ser aplicados en diferentes contextos.

Ha sido definida por distintos autores como:

- Polit & Beck (2006) y Waltz, Strickland, & Lenz (2010) afirman que existe validez de contenido "…si una muestra de ítems representan adecuadamente el dominio de los contenidos abordados por el instrumento"

- Polit & Beck (2008, p. 423) y Gerrish & Lacey (2008, p. 375) consideran que "…hace referencia al grado en que los ítems de un cuestionario representan adecuadamente el constructo que se está midiendo'', es decir, se refiere a cuán representativas son las preguntas de una escala respecto del universo de preguntas que podrían hacerse sobre el dominio o constructo de interés.

Sin embargo, existe un acuerdo general sobre la definición de validez de contenido, que se refiere al grado en que una muestra de ítems, en conjunto, constituye una adecuada definición operacional de un constructo (Polit & Beck, 2006) .

El momento de lograr la validez de contenido de un instrumento, depende en gran medida, del juicio del investigador, aunque se han descrito dos fases metodológicas distintas:

(1) A priori cuando se crea un nuevo instrumento de medición se debe empezar por desarrollar una conceptualización exhaustiva del constructo de interés para que la medición capte adecuadamente el dominio completo (Polit & Hungler, 2000, p. 400). Dicha conceptualización puede provenir de un profundo conocimiento de primera mano, pero es más probable que proceda de una revisión bibliográfica minuciosa o de una investigación cualitativa (Polit & Beck, 2006).

(2) A posteriori la validez de contenido de un instrumento se basa necesariamente en el criterio del investigador, pues no existen métodos totalmente objetivos para garantizar la adecuada cobertura de contenido de un instrumento. Sin embargo, cada vez con mayor frecuencia se recurre a paneles de expertos en el área de conocimiento para que evalúen y documenten la validez de contenido de los nuevos instrumentos. El panel suele constituirse por un mínimo de cinco expertos, pero normalmente se recomienda un número mayor si el constructo es complejo. Se pide a los miembros del panel que evalúen los ítems del instrumento por separado y el instrumento en su totalidad.

Aspectos clave de este tipo de evaluación son, que los ítems sean pertinentes y apropiados en términos del constructo y que midan adecuadamente todas las dimensiones de éste.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Índice de validez de contenido

Basados en una metodología a posteriori, en lo que se refiere a la evaluación de la relevancia de los ítems, algunos investigadores utilizan el índice de validez de contenido (*Content Validity Indexing;* CVI) (Lynn, 1986; Polit & Beck, 2006; Polit, Beck, & Owen, 2007). Es un procedimiento basado en la valoración realizada por un mínimo de cinco evaluadores expertos acerca de la pertinencia de los ítems del instrumento, mide su calidad global (S-CVI) y por ítem (I-CVI).

Consiste en pedir a los expertos que califiquen los ítems en una escala de cuatro puntos (de 1 = no relevante a 4 = muy relevante). El CVI para cada uno de los ítems del instrumento es la proporción expertos que dan la puntuación de 3 ó 4, se calcula según muestra la Figura 1. Los expertos recomiendan que la puntación del I-CVI ha de ser ≥0.78. El S-CVI establece la validez global del instrumento, y es la media de las puntuaciones de I-CVI de todos los ítems del cuestionario. La puntuación mínima ha de ser 0,80, aunque un valor ≥ 0,90 suele considerarse como indicativo de una validez de contenido elevada (Polit & Beck, 2006; Polit et al., 2007). Este S-CVI puede contribuir a evaluar su aplicabilidad en diferentes contextos (Nunnally & Bernstein, 1995).

$$\textbf{I-CVI}=\frac{\text{nº de expertos que han clasificado ítems con puntuaciones 3 ó 4}}{\text{Total de expertos}}$$

Figura 1. Cálculo del I-CVI

Según Liu, Squires, & You (2011), las puntuaciones de I-CVI podrían cuantificar los cinco niveles de validez o equivalencia establecidos por Flaherty *et al* (1988) para obtener la validez transcultural de un instrumento.

El Índice de validez de contenido, como se ha comentado anteriormente, se puede calcular en las fases iniciales de la creación de nuevos instrumentos de medida, tras realizar una exhaustiva revisión de la literatura o estudios cualitativos ejemplos de estudios publicados en revistas de enfermería desde 1991 hasta principios de 2011, se recogen en el Anexo 1.

El CVI también ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de la validez de contenido en la adaptación de versiones de instrumentos, la Tabla 1 muestra los estudios publicados en revistas de enfermería, dichos instrumentos fueron dirigidos a poblaciones con procesos crónicos: en niños con asma (Chen & Lo, 2007), en adultos con problemas cardiovasculares (Ho, Clochesy, Madigan, & Liu, 2007; Lopez, Chair, Thompson, Tsui, & Lewin, 2008; Yu et al., 2011) con ictus (Sun, Chiu, Yeh, & Chang, 2006); con problemas agudos como la deglución (Lin, Chen, Chen, & Portwood, 2001); en el ámbito de obstetricia y ginecología (Boonpongmanee, Zauszniewski, & Boonpongmanee, 2002; Chaimongkol & Flick, 2006); en niños y adolescentes (Chang et al., 2011; Chen, Horner, & Percy, 2002; Chiang, Hinds, Yeh, Yang, & Srivastava, 2008); en salud mental (Chien & Norman, 2004; Chuan-Ju et al., 2011; Leung et al., 2005; Lin & Wang, 2008; Lin, Kao, Tzeng, & Lin, 2007; Wang et al., 2009); instrumentos de satisfacción y calidad de vida del usuario (Can, Durna, & Aydiner, 2010; Lee,

Lee, Woo, & Wong, 2006; Liu et al., 2011); y por último relacionados con la práctica profesional (Chang & Wong, 2001; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner, & Oksa, 2003; Lin, Lin, Yeh, Lin, & Hwang, 2011; Yeh, 2002). Como se puede observar, los principales países que desarrollan la adaptación de instrumentos son China y Taiwan.

Tabla 1. Estudios que han utilizado el *Content Validity Indexing*

Autor (año)	**Título**
Chang et al. (2011)	Psychometric properties of the Chinese version of the life attitude schedule (LAS-C) in a sample of taiwanese adolescents
Chuan-Ju et al. (2011)	Reliability and validity of the Chinese version of the mood disorder questionnaire
Lin et al. (2011)	A psychometric evaluation of the Taiwan version of the Individual Workload Perception Scale
Liu et al. (2011)	A pilot study of a systematic method for translating patient satisfaction questionnaires
Yu et al. (2011)	Psychometric properties of the Chinese version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale
Can et al. (2010)	The validity and reliability of the Turkish version of the Quality of Life Index [QLI] (Cancer version)
Wang et al. (2009)	Psychometric evaluation of the Mainland Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale
Chiang et al. (2008)	Reliability and validity of the Chinese version of the Fatigue Scale-Adolescent
Lin and Wang (2008)	Psychometric evaluation of the Chinese version of the Cornell Scale for Depression in Dementia
Lopez et al. (2008)	A psychometric evaluation of the Chinese version of the Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile in patients with coronary heart disease
Chen et al. (2007)	Reliability and validity of a Chinese version of the pediatric asthma symptoms scale
Ho and Lo (2007)	Psychometric evaluation of the Chinese version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
Lin et al. (2007)	Equivalence of Chinese version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory
Chaimongkol and Flick (2006)	Maternal sensitivity and attachment security in Thailand: cross-cultural validation of Western measures
Lee et al. (2006)	Validation of the Chinese version of the satisfaction with the nursing home instrument

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 1. Estudios que han utilizado el *Content Validity Indexing (continuación)*

Autor (año)	**Título**
Sun et al. (2006)	Assessing reliability and validity of the Chinese version of the stroke scale: scale development
Leung et al. (2005)	The validity and reliability of the World Health Organization Mental Disorders Checklist for use in a telehealth clinic in Hong Kong
Chien and Norman (2004)	The validity and reliability of a Chinese version of the family burden interview schedule
Hyrkäs et al.(2003)	Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel
Boonpongmanee et al. (2002)	Psychometric properties of the self-control schedule: Thai version
Chen et al. (2002)	Validation of the smoking self-efficacy survey for Taiwanese children
Yeh (2002)	Assessing the reliability and validity of the Chinese version of the California Critical Thinking Disposition Inventory
Chang and Wong (2001)	The nurse specialist role in Hong Kong: perceptions of nurse specialists, doctors and staff nurses
Lin et al. (2001)	Psychometrics of a Chinese translation of the swallowing questionnaire

Una de las limitaciones del CVI es su falta de ajuste de concordancia por azar y por ello, Polit et al. (2007), desarrollan el cálculo del estadístico Kappa modificado, el cual establece que si cada uno de los ítems del cuestionario presentan valores Kappa mayores a 0.74, el nivel de validez de contenido del ítem es excelente. Por otra parte, el número de expertos también puede afectar a la validez de los resultados, por lo que se establece un número mínimo de 5, aunque para disminuir la varianza en sus respuestas y disminuir la probabilidad de que los acuerdos se deban al azar, se recomiendan 10 expertos. Por último, otro de los aspectos que pueden afectar a este indicador es la definición del evaluador "experto", que ha de reflejar la identidad de los sujetos de estudio (Polit et al., 2007; Squires, 2009b). Un ejemplo de esta metodología de evaluación de la validez de contenido con el CVI, es el estudio recientemente publicado sobre la adaptación transcultural del inglés al chino de dos cuestionarios sobre satisfacción del paciente (*La Monica–Oberst Patient Satisfaction Scale* y *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*) (Liu et al., 2011).

Teniendo en cuenta estas consideraciones el CVI puede resultar un buen índice para evaluar la validez de contenido de un instrumento, por su robustez, facilidad en el cálculo y compresión. Además, se focaliza en el acuerdo de los evaluadores sobre la relevancia de los ítems, aportando información tanto de la escala global como de cada uno de los ítems. Para

utilizar el CVI en investigaciones internacionales es necesario considerar la transculturalidad de este tipo de instrumentos de medida.

Medida en el entorno de trabajo de enfermería.

La mayor parte de enfermeras del mundo desempeñan su actividad en el entorno de sistemas sanitarios, con independencia de las características individuales de cada sistema. Los diferentes sistemas sanitarios tienen distintas características lo que los hacen difíciles de comparar. La financiación, la provisión de puestos de trabajo de enfermeras (cualificación, niveles y perfiles relacionados con funciones) y la cartera de servicios o prestaciones que oferta el sistema, son elementos muy variables y que incrementan esa dificultad.

En el entorno de la Unión europea la comparación es más sencilla, ya que todos los estados miembros tienen sistema nacional de salud, con los modelos BismarcK y Beveridge (Macia & Moncho, 2007). Las diferencias entre estos modelos afectan sobre todo al número de asegurados y a la forma de acceder a los servicios, y no tanto, a las cualificaciones profesionales de las enfermeras. No obstante, pueden existir discrepancias entre los países recién incorporados porque proceden de un modelo político diferente al de las clásicas social-democracias europeas.

Precisamente la estabilidad de los sistemas sanitarios europeos y su falta de estímulo para la investigación obligó al consejo de Europa en 1993 a recomendar a los estados miembros la necesidad de someter sus sistemas sanitarios a procesos de acreditación, de manera que pudiesen mejorar sus resultados de investigación. La acreditación de los sistemas tienen distintos elementos que van desde la estructura hasta los resultados pasando por la acreditación de los procesos asistenciales.

Adecuar los recursos a las necesidades de los pacientes incluye definir puestos de trabajo y en profesiones no reguladas definir competencias.

La profesión de Enfermería tiene carácter de profesión regulada (REAL DECRETO 56/2005, 1837/2008, de 8 de noviembre) y la inquietud de mejora se centra en la evaluación y definición de los puestos de trabajo de las enfermeras. Actualmente es un proceso pendiente de resolver y en continua evolución desde hace dos décadas.

El entorno de la práctica de enfermería es un constructo complejo y difícil de conceptualizar y medir. Sus fundamentos teóricos se encuentran en la sociología de las organizaciones, ocupaciones y del trabajo (Lake, 2002)

Zelauskas y Howes (1992) definen el modelo de práctica profesional (PPM) como aquel que permite a las enfermeras mayores oportunidades de autonomía, responsabilidad y control sobre el entorno en el que prestan los cuidados. Posteriormente, Hoffart & Woods (1996), lo definen como un sistema (estructura, procesos y valores) que favorece el control del profesional de enfermería en la prestación de cuidados y el medio ambiente en el que la atención se realiza. Los autores, establecen que un PPM consta de cinco subsistemas: (1) los

valores profesionales, (2) las relaciones profesionales, (3) un determinado modelo de prestación de cuidados y (4) una determinada gestión clínica (ó enfoque de gestión), y (5) la remuneración y los beneficios. Según el análisis de la literatura que los autores realizaron, se establece que los valores profesionales principales son: la autonomía y responsabilidad de la enfermera, el desarrollo profesional, y el énfasis en una atención de alta calidad. El trabajo en equipo, la colaboración y consulta, son variables relacionadas con la mejora de las relaciones profesionales, que se ven reflejados en programas como los cuidados de enfermería en atención primaria y la gestión de casos son los modelos de atención más utilizados. La descentralización de la toma de decisiones, ampliando el alcance y el tipo de responsabilidades de enfermera, y la institución de cambios estructurales en apoyo de la práctica profesional son actividades comunes en el subsistema de gestión de enfermería. Por último, la remuneración y los sistemas de incentivos, generalmente son el reconocimiento de los logros profesionales y su contribución en la consecución de los objetivos de la organización.

Clark y Donalsond (2007) desarrollan un marco conceptual que relaciona el trabajo de los profesionales de enfermería y la calidad de la atención y seguridad del paciente. Dicho marco conceptual, se compone de un conjunto de relaciones conceptuales entre las variables clave del modelo, incluyendo las influencias sobre los niveles de dotación de personal y los factores que influyen en los resultados. Sus elementos (identificados en los recuadros) son: la administración sanitaria, calidad de los cuidados de enfermería, necesidades de la población, seguridad y los resultados clínicos. (Figura 2)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

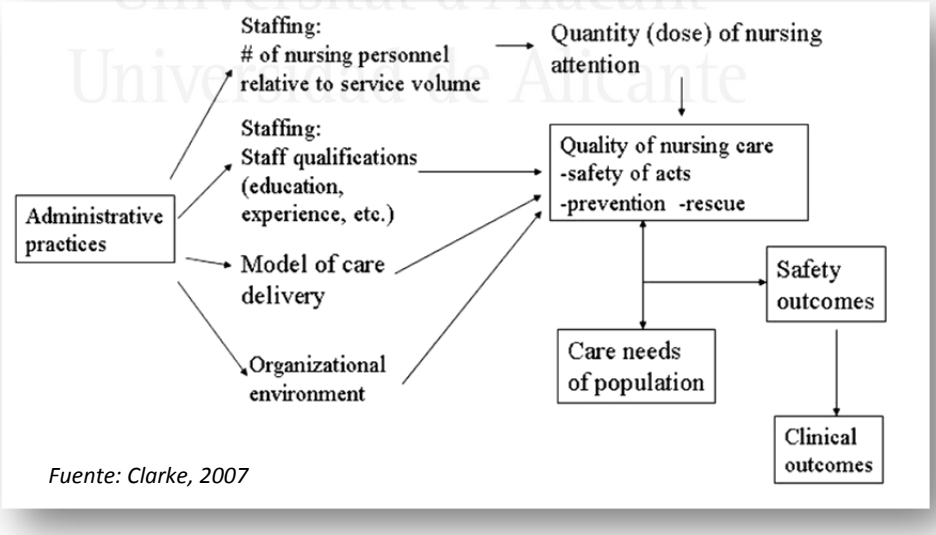


Figura 2. Marco conceptual. Cuidados de enfermería, calidad y seguridad

La administración sanitaria y la calidad de los cuidados engloban todos los aspectos del modelo de Clark y Donalson:

Administración sanitaria

La administración sanitaria de cada país decide el modelo de gestión sanitaria, que incluye el servicio de enfermería. El modelo está influenciado por consideraciones presupuestarias y las características del mercado. El resultado es, que cada Agencia/institución sanitaria establece una determinada estructura del personal de enfermería, formación jornada laboral y ratio enfermera/paciente por unidades o servicios. Estas decisiones de la administración afectan directamente a las cualificaciones de las enfermeras, al modelo de atención y al entorno organizacional de la práctica de enfermería.

Otras características de los entornos de trabajo vinculadas a la administración sanitaria que señala la literatura incluyen el entorno físico, los sistemas de comunicación y colaboración, sistemas de información y servicios de apoyo pertinentes.

Todos estos factores influyen en la "dosis" o cantidad de tiempo que enfermería dedica al cuidado con impacto directo sobre la calidad de los resultados de los cuidados de enfermería.

La necesidad de cuidados requerida se evalúa a partir de las variables:

- La agudeza y complejidad del estado de salud del paciente.
- Las condiciones de salud (comorbilidad)
- Estado funcional
- Las necesidades familiares y recursos
- Capacidad para el autocuidado

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Calidad de cuidados

La vulnerabilidad del paciente de sufrir efectos adversos varía y cambia con el transcurso de la estancia en el hospital o el episodio de la atención. La calidad de los cuidados de enfermería se refiere a la ejecución adecuada de las evaluaciones e intervenciones destinadas a optimizar los resultados de los pacientes y prevenir los eventos adversos. Por ejemplo, el grado en que las enfermeras evalúan el riesgo de caídas en la valoración inicial del paciente hospitalizado, la aplicación de guías de práctica clínica/protocolos basados en la evidencia, y consecuentemente el mantenimiento de intervenciones preventivas para disminuir la incidencia de caídas. Las investigaciones sobre la relación entre el personal de enfermería y la calidad de los resultados obtenidos sobre pacientes comenzó con los estudios que examinaban la mortalidad del paciente en el contexto hospitalario (Aiken, Smith, & Lake, 1994). Posteriormente, Aiken y su grupo (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002), con una muestra de más de 10.000 profesionales de enfermería y los datos de más de 230.000 pacientes sometidos a cirugía general, vascular y ortopédica, intervenidos en 168 hospitales a lo largo de casi 2 años, determinaron que cuanto menor

es el número de profesionales de enfermería disponibles en el hospital en relación con el número de pacientes quirúrgicos, mayor es la mortalidad a 30 días ajustada al riesgo y las tasas de fracaso en la reanimación, además las enfermeras eran más propensas a experimentar burnout e insatisfacción laboral.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos, en el año 2004, realizó un informe donde se describe la relación existente entre los cuidados de enfermería, la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Dicho informe señala específicamente la importancia de las prácticas de gestión organizacional, el fuerte liderazgo de enfermería, y un número de profesionales de enfermería suficiente para proporcionar un ambiente de cuidado seguro. Por todo ello, parece lógico suponer que la atención al paciente segura y eficaz depende de la presencia de "*un contexto organizacional que permite el mejor rendimiento de cada profesional de la salud*" (Lundmark, 2008). Más recientemente Armstrong y cols. (Armstrong, Laschinger, & Wong, 2009), establecieron la relación entre la seguridad del paciente y el entorno de la práctica.

En España los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería se definieron en 1989, a partir del programa SIGNO I y II (INSALUD, 1995; INSALUD, 1996)

Ulceras por presión
Infecciones urinarias
Flebitis
Caídas de cama
Errores en la medicación

Indicadores, que continúan en proceso de recogida de datos y evaluación (*ENEAS 2005. informe,* 2006; *Estudio APEAS,* 2008) pendientes elaboración de herramientas de mejora y de investigaciones relacionadas con la dificultad que genera la descentralización de competencias de salud entre CCAA.

A finales de 1970, los Estados Unidos experimentaron una escasez generalizada de profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario, a pesar de ello, algunos hospitales pudieron atraer o retener con éxito a enfermeras, estas instituciones fueron denominadas hospitales “magnéticos o imán” (HM). Los estudios de los HM comenzaron en 1981 cuando la Academia Americana de Enfermería (AAN) designó un equipo especial para investigar los factores que impiden o facilitan la práctica profesional de enfermería en la medición de los entornos de organización práctica y la complejidad de los efectos de la enfermería en los resultados del paciente (McClure, Poulin, & Sovie, 1983). Esta línea de investigación fue seguida por distintos autores (Aiken, Havens, & Sloane , 2000; Havens & Aiken, 1999; Kramer & Hafner, 1989; Kramer & Schmalenberg, 1991a; Kramer & Schmalenberg, 1991b; McClure et al., 1983). Dichos estudios pusieron de manifiesto que este tipo de hospitales presentaban características organizacionales que permitían a las enfermeras hacer pleno uso de sus conocimientos y experiencia para prestar una atención de alta calidad.

En la Tabla 2 se exponen las características esenciales de este tipo de hospitales según el primer estudio publicado y los estándares de hospitales magnéticos establecidos por del Centro Americano de Acreditación de Enfermeras

Tabla 2. Características "imán" de un entorno de práctica profesional

McClure et al,1983	American Nurses Credentialing Center (ANCC), 2005
Administración	
Calidad de la dirección Estructura organizacional Estilo de gestión Dotación de personal Programas y políticas de personal	1. Calidad de la dirección de enfermería 2. Estructura organizacional 3. Estilo de gestión 4. Programas y políticas de personal
Práctica profesional	
Modelos de práctica profesional	5. Modelos de práctica profesional
Calidad de la atención	6. Calidad de la atención
Garantía de calidad	7. Mejora de la calidad
Consulta y recursos	8. Consulta y recursos
Autonomía	9. Autonomía
Comunidad y el hospital	10. Comunidad y el hospital
Las enfermeras como docentes	11. Las enfermeras como docentes
Imagen de la enfermería	12. Imagen de la enfermería
Relaciones enfermera-médico	13. Relaciones interdisciplinarias
Desarrollo profesional	
Orientación Educación continua en el servicio La educación formal Desarrollo de carrera	14. Desarrollo profesional

Fuente: Lundmark, 2008

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En definitiva, los atributos esenciales que caracterizan a estos hospitales son, según la percepción de las enfermeras: presencia de medidas de apoyo a la formación, el trabajo con otros profesionales de enfermería clínicamente competentes, relaciones profesionales entre enfermeras y médicos positivas, práctica de enfermería autónoma, una cultura que valora la preocupación por el paciente, el control de la práctica profesional de enfermería, percepción de una plantilla adecuada, y el apoyo de la dirección de enfermería. (Buchan, 1999; Kramer & Schalenberg, 2004; Kramer, Schmalenberg, & Maguire, 2004a; Kramer, Schmalenberg, & Maguire, 2004b)

Investigaciones posteriores realizadas en este tipo de hospitales identificaron que el modelo organizacional estaba relacionado con la satisfacción y la posibilidad de mantener a las enfermeras en sus hospitales (Choi, Bakken, Larson, Du, & Stone, 2004). Concretamente Aiken y cols. (Aiken et al., 2001), determinaron, entre 1998 y 1999, en una muestra de 43.000 enfermeras de más de 700 hospitales en los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Escocia y Alemania, que la escasez de enfermeras, la alta insatisfacción laboral, y los resultados de desigual calidad de la atención hospitalaria, no eran un fenómeno exclusivamente estadounidense.

Desarrollo del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)

En la década de los 80 del pasado siglo, se desarrolló *El* ***Nursing Work Index*** (NWI), con objeto de comparar la satisfacción laboral de las enfermeras y la calidad del cuidado entre distintos tipos de hospitales. (Kramer & Hafner, 1989). Los datos fueron obtenidos de una muestra aleatoria del 25% de la población el personal de enfermería (SN) (*staff nurses*) siendo un total de 2.297; y enfermeras con distintos grados de responsabilidad: 130 enfermeras gestoras (*top managers*); 224 expertas clínicas (*clinical experts*); 308 supervisoras (*head nurses*) dentro de los 24 hospitales estadounidenses del estudio.

El NWI original consta de 65 ítems en una escala tipo Likert, diseñados para medir cuatro variables:

(i) importancia del trabajo relacionada con la satisfacción en el trabajo de la enfermera (JSV)
(ii) importancia del trabajo relacionada con la productividad percibida (PPV)
(iii) satisfacción en el trabajo de la enfermera (JS)
(iv) percepción del entorno para proporcionar unos cuidados de calidad (PP).

Para cada uno de estos aspectos, la enfermera respondía con una escala de tipo Likert de 4 puntos, desde 1 (muy de acuerdo) a 4 (muy en desacuerdo). La validez de contenido de la NWI fue establecida inicialmente por tres métodos: (a) desarrollo del propio instrumento a partir de las características de los HM, (b) una extensa revisión de la literatura (1962-1986), y (c) la valoración crítica del instrumento por tres de los 4 investigadores responsables del estudio de los HM.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Posteriormente, y tras una ampliación de NWI, que supuso considerarlo como un instrumento de medida del ambiente de trabajo del hospital, la validez de contenido se desarrolló a partir de cinco sub-escalas cuyo objetivo era evaluar: el estilo de gestión, la calidad de liderazgo, la estructura de la organización, la práctica profesional y el desarrollo profesional. Esta versión de la herramienta se utilizó en distintos estudios tanto en Estados Unidos como en otros países. Concretamente, en el estudio de (Yoder, 1995) realizado en una muestra de enfermeras del ejército, obtuvo una alta consistencia interna dentro de las cinco subescalas y un alfa de Cronbach que osciló desde 0,84 hasta 0,95.

Aiken y cols. (Aiken et al., 2000), rediseñaron la estructura básica del instrumento, creando el ***Nursing Work Index-Revised*** (NWI-R). El instrumento fue modificado incluyendo la consideración "*en su trabajo actual*" ("*present in current job*"), eliminando 10 ítems del original y añadiendo 2 más: así crearon un instrumento con 57 ítems. Además, emergían cuatro nuevas subescalas que fueron conceptual o empíricamente derivadas para medir los atributos de: (1) autonomía; (2) control sobre la práctica de enfermería; (3) las relaciones con los médicos y (4) apoyo de la organización. Las propiedades psicométricas del nuevo instrumento incluyeron una buena consistencia interna con un Alfa de Cronbach global, α=0,96, y para las distintas subescalas osciló entre un 0,84 hasta un 0,91. El objetivo del

estudio de Aiken fue determinar si existían diferencias en los resultados del paciente, (grado de satisfacción y mortalidad) y relacionados con los profesionales de enfermería (grado de burnout y frecuencia de inoculaciones accidentales El estudio relacionaba además las características organizacionales de los hospitales (magnético vs no –magnético a nivel de hospital y a nivel de unidades de hospitalización)

Durante la última década, el NWI-R se ha utilizado en investigaciones internacionales para estudiar la percepción de las características organizativas de hospitales. Algunos ejemplos son el estudio realizado por (Estabrooks et al., 2002), en una amplia muestra de enfermeras (17,965) que trabajaban en 415 hospitales de tres provincias canadienses. En este estudio, se concluye que, en el contexto canadiense, la solución de un factor proporciona un índice parsimonioso del ambiente de la práctica de las enfermeras registradas que trabajan en los hospitales de agudos, aunque también señala que siguen siendo necesarias investigaciones dirigidas a determinar la validez predictiva del instrumento y su pertinencia a los contextos de organización transnacional.

Las puntuaciones más altas del NWI-R se han encontrado entre las enfermeras que trabajan en el hospital “magnético" o hospitales de excelencia en los EE.UU (Aiken et al., 1994), y en unidades de SIDA (Aiken, Sloane, & Lake, 1997). Las características de estas organizaciones incluyen: bajas tasas de rotación de enfermeras, horario flexible, fuerte apoyo y liderazgo en enfermería visibles; buenas relaciones con los médicos, y oportunidades de ascenso.

El NWI-R ha sido un instrumento ampliamente utilizado en la investigación internacional en distintos países, ámbitos y áreas de la práctica clínica (pediatría, cuidados críticos, salud mental, salud pública, gestión), estudios metodológicos, de evaluación de intervenciones de enfermería, etc. En el Anexo 2 se recogen las referencias de los estudios publicados en la literatura de enfermería.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En el ámbito nacional, los estudios realizados con el NWI-R, han sido los estudios de García, García, Vila, Torres, & Moreno (2004), en una muestra de enfermeras de hemodiálisis de la provincia de Cádiz y el desarrollado por Juvé et al. (2007) en el que se utilizó el NWI-R en una muestra de enfermeras pertenecientes a 8 hospitales del Instituto Catalán de Salud. Dichas investigaciones no aportan información sobre las propiedades psicométricas del instrumento en el contexto español.

Practice Environment Scale Nursing Work Index (PES-NWI)

La última modificación del NWI ha consistido en el desarrollo del ***Practice Environment Scale Nursing Work Index*** (PES-NWI) (inglés americano). Dicha modificación, que fue desarrollada por Lake (2002) tuvo como objetivo crear una escala más breve y que pudiera ser utilizada para estudiar como el entorno laboral puede influir en la práctica de los profesionales de enfermería así como en los resultados de los pacientes en el contexto hospitalario. Para establecer la definición del entorno en la práctica de enfermería, el autor utilizó un panel de expertos que seleccionaron un total de 48 ítems de los 65 ítems del instrumento original. Posteriormente con una muestra de 11.636 enfermeras de

Pensylvania realizó el estudio de validación. El análisis exploratorio identificó un total de 31 ítems (Alfa de Cronbach, α=0,82) donde emergían 5 subescalas: participación de las enfermeras en asuntos del hospital (8 ítems, α=0,83); fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado (10 ítems, α=0,82); aptitud, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros (5 ítems, α=0,84); dotación de personal y recursos (4 ítems, α=0,80) y relaciones entre enfermeras y médicos (3 ítems, α=0,71).

Bonneterre y cols. (Bonneterre, Liaudy, Chatellier, Lang, & de Gaudemaris, 2008) realizan una revisión sistemática para evaluar la validez de los instrumentos epidemiológicos utilizados en la medición de factores psicosociales del trabajo y de la organización de las enfermeras, y determinan que el *Practice Environment Scale-Nursing Work Index*, parece ser uno de los mejores instrumentos para medir el entorno de la práctica de enfermería debido a su idoneidad (validez de contenido), su estructura, (validez de constructo), y su capacidad de discriminar hospitales con las características esenciales de los HM (validez discriminante), que también ha podido relacionar, con estudios transversales, los resultados de salud (validez concurrente), pero que se necesitan más estudios para establecer la validez predictiva del instrumento.

Recientemente se ha publicado una revisión integradora, sobre el uso del PES-NWI en distintos países y contextos de la práctica clínica (Warshawsky & Havens, 2011). Estos autores, realizaron una búsqueda en las bases de datos Pubmed/Medline y CINAHL del período 2002 al primer cuatrimestre del 2010, recuperaron un total 37 artículos publicados principalmente entre 2007 y 2010. Los resultados más relevantes fueron:

Respecto a la metodología. Todos realizaron un diseño observacional transversal, salvo el desarrollado por Gardner (Gardner, Woollett, Daly, & Richardson, 2009), que realizó un estudio cuasiexperimental pre-post para la evaluación de una intervención sobre la satisfacción de las enfermeras. El tamaño de la muestra osciló entre 31 a 72.889 enfermeras, siendo la enfermera la principal unidad de análisis.

Los contextos de la práctica cínica. Las unidades de hospitalización fueron: cuidados intensivos, cardiología, traumatología, neurológica, quirúrgicas, psiquiatría de agudos, oncología y diálisis. En cuanto a los países el PES-NWI se utilizó en los Estados Unidos, Australia, Canadá, Islandia y Taiwán.

Las modificaciones realizadas en el cuestionario. La modificación más frecuente fue la revisión de la redacción del ítem para adaptarla al contexto clínico y organizativo (por ejemplo, algunas de las modificaciones fueron las relativas al liderazgo en enfermería, a las unidades, etc.). Otra de las modificaciones fue la relativa a la eliminación de ítems que no se adecuaban al contexto o la inclusión de ítems del cuestionario, utilizando como base el NWI-R.

Versiones en lengua no inglesa. Se encontraron tres versiones, en chino (Chiang & Lin, 2009), en una muestra de 842 enfermeras de 5 hospitales de agudos de Taiwan; en francés (McCusker et al., 2004) con una muestra de 336 enfermeras con distintos grados de

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

responsabilidad de hospitales de Quebec y la versión en islandés en una muestra de 695 enfermeras en un Hospital Universitario de Reykjavik (Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty, & Nutbeam, 2009).

En cuanto al número de factores que componen las escalas, la literatura internacional es divergente. Los estudios realizados en Norteamérica (estados unidos y Canadá) muestran una estructura factorial de 5 subescalas (Lake& Friese, 2006; Lake, 2002; McCusker et al., 2004). Sin embargo en contextos anglosajones no americanos los estudios muestran una estructura factorial de tres categorías (Slater, O'Halloran, Connolly, & McCormack, 2010; Slater & McCormack, 2007; Walker, Middleton, Rolley, & Duff, 2010) o cuatro como en el caso de (Li et al., 2007). Estas diferencias podrían ser debidas tanto a variables contextuales, formativas, profesionales o históricas, como a cuestiones vinculadas a los modelos de práctica profesional o a factores que pueden estar relacionados con la validez de contenido del instrumento.

En España encontramos un estudio en una muestra de 233 enfermeras de atención primaria (15,45%) y hospitalaria (84,54%) de las Islas Baleares, con un alfa de Cronbach de 0,91 y la estructura original de cinco factores (De Pedro Gómez et al., 2009). Recientemente los mismos autores lo ha utilizado en una investigación que tuvo como objetivo establecer el diagnóstico de los factores que los profesionales de enfermería perciben como facilitadores para una práctica clínica basada en la evidencia (De Pedro-Gómez et al., 2011).

En el Anexo 3 se recogen todas las referencias de los estudios que han utilizado el PES-NWI, incorporando las investigaciones recientemente publicadas a nivel internacional como: el estudio de intervención sobre el impacto de "*Nursing rounds"* en el entorno de trabajo y la satisfacción de las enfermeras (Aitken, Burmeister, Clayton, Dalais, & Gardner, 2010); la investigación realizada en Quebec y aplica el instrumento a nuevas enfermeras de distintas generaciones para conocer qué variables influyen en la intención de rotación hacia otras instituciones (Lavoie-Tremblay, Paquet, Marchionni, & Drevniok, 2011); Ching-Yu & Shwu-Ru (2011) que realizan un estudio con una muestra de enfermeras asiáticas (principalmente Filipinas y Chinas) que trabajan en hospitales de Estados Unidos; el estudio que explora sobre qué características del entorno de trabajo de las enfermeras que trabajan en centros institucionalizados (nursing homes) están asociados con el indicador de calidad asistencial, porcentaje de residentes con úlceras por presión (Flynn, Liang, Dickson, & Aiken, 2010); Parker y cols. que analizan las propiedades psicométricas (validez de constructo y fiabilidad) del PES-NWI en Australia (Parker, Tuckett, Eley, & Hegney, 2010); Roche & Duffield analizan las diferencias en la percepción del entorno laboral entre las enfermeras que trabajan unidades de salud mental y las de unidades médico-quirúrgicas de hospitales de agudos de Australia (Roche & Duffield, 2010); y por último el estudio de Walker (2010) también desarrollado en Australia, en un hospital privado de Sydney, con el objetivo de analizar las características comunes con los Hospitales

Magnéticos y establecer los puntos de mejora para reconocerlo como tal (Walker et al., 2010).

En la Tabla 3 se resumen los tres instrumentos anteriormente expuestos que miden el entorno laboral de la práctica de enfermería.

Tabla 3. Instrumento de medida del entorno laboral de enfermería

Escala	Autor, año	Nº de factores	Nº ítems	Alfa Cronbach
NWI	Kramer, 1989	4	65	0,84-0,95
NWI-Revised	Aiken, 2000	4	57	0,84-0,91
PES-NWI	Lake, 2002	5	31	0,71-0,84

NWI: Nursing Work Index; PES-NWI: Practice Environment Scale Nursing Work Index

PES-NWI como indicador de calidad de los cuidados de enfermería

Las principales organizaciones de EE.UU. que promueven una atención de calidad han recomendado el PSE-NWI como una medida de la calidad de entorno de trabajo de la práctica de enfermería. En 2004, El *National Quality Forum* (NQF) de EEUU (Clarke & Donaldson, 2008; Duffy, 2009), publicó un informe en el que se establecían los 15 indicadores de calidad de los cuidados de enfermería en el contexto hospitalario (Tabla 4). El NQF, pretendía que estos estándares fueran adoptados de forma voluntaria por los gestores de las instituciones sanitarias y utilizarse como una oportunidad de mejora de la salud de los usuarios, y aprobó el PES-NWI como medida de la actuación de la atención de enfermería. Así mismo, *The Joint Commission*[1], en 2009, lo incluyó como un indicador de análisis para la eficacia del personal de enfermería en el área Por último, en 2006, la Base de Datos Nacional de Enfermería de Indicadores de Calidad (*National Database of Nursing Quality Indicators)* de EEUU incorporó el PES-NWI para su cumplimentación anual por parte de las enfermeras de los hospitales acreditados. Así mismo, Shever (2009) en su capítulo de evaluación de resultados, del texto de investigación *Research for Advanced Practice Nurses: From Evidence to Practice* lo considera como indicador de evaluación de resultados de enfermería, centrado en el sistema. Lacey & Cox (2009), en el ámbito de pediatría también lo consideran como un indicador de calidad.

[1] Comisión Mixta que acredita y certifica a las instituciones sanitarias y programas sanitarios en los Estados Unidos. Esta Comisión de acreditación y certificación es reconocida a nivel nacional como un símbolo de calidad que refleja el compromiso de una organización a cumplir con ciertas normas de rendimiento. Fuente: http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx

Tabla 4. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería

1. Muerte en postoperatorio inmediato
2. Prevalencia de úlceras por presión
3. Prevalencia de caídas
4. Caídas con lesiones
5. Prevalencia de sistemas de seguridad (chaleco y la integridad física)
6. Infección urinaria asociada a catéter urinario (en las unidades de cuidados intensivos (UCI))
7. Infección relacionada con el catéter central (UCI y en unidades con pacientes de alto riesgo (UAR))
8. Neumonía asociada a la ventilación (UCI y UAR)
9. Asesoramiento para dejar de fumar en el infarto agudo de miocardio
10. Asesoramiento para dejar de fumar en la insuficiencia cardíaca
11. Asesoramiento para dejar de fumar en la neumonía
12. Skill mix
13. Horas de trabajo de enfermería por paciente y día
14. **Practice Environment Scale-Nursing Work Index**
15. Turnos rotativos voluntarios (*Voluntary turnover*)

Fuente: Clarke, 2008; Duffy, 2009

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Proyecto internacional, Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing (RN4CAST)

La tesis doctoral que se presenta está enmarcada en dos proyectos de investigación:

1. El Proyecto internacional, *Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing* (RN4CAST)[2], que tiene como objetivo principal establecer cómo se relacionan las características del entorno laboral y la formación de los profesionales de enfermería con la productividad, la retención de enfermeras y los resultados en los pacientes, en hospitales generales de agudos de 11 países europeos (España, Bélgica, Alemania, Finlandia, Grecia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Suiza, Suecia y Reino Unido), además de Botswana, Sudáfrica y China.

2. El Subproyecto español[3] denominado "Relación entre la seguridad del paciente, la provisión y formación de las enfermeras y las características organizacionales, de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. RN4CAST-España". En el subproyecto español se utilizó entre otros instrumentos, el PES-NWI versión español.

La metodología llevada a cabo se encuentra descrita en (Sermeus et al., 2011)

El objeto principal de esta investigación es analizar los resultados de validez de contenido del cuestionario The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) (utilizado en el proyecto internacional RN4CAST) en 11 países (España, Bélgica, Grecia, Alemania, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Suecia, Suiza y Reino Unido) y en 10 idiomas oficiales con las modificaciones de los dialectos regionales (español, griego, finlandés, holandés, polaco, sueco, italiano, alemán, inglés y francés) a través del indicador *Content Validity Indexing* (CVI)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

[2] Financiado por el VII Programa Marco: Expt: FP7-HEALTH-2007-B: OPI 1448/08; Proposal Number 223468.
[3] Financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS): Nº PI080599

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

OBJETIVOS

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

OBJETIVO GENERAL

El objeto general de esta investigación es analizar los resultados de validez de contenido del cuestionario *The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) (utilizado en el proyecto internacional RN4CAST) en 11 países (España, Bélgica, Grecia, Alemania, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Suecia, Suiza y Reino Unido) y en 10 idiomas oficiales con las modificaciones de los dialectos regionales (español, griego, finlandés, holandés, polaco, sueco, italiano, alemán, inglés y francés) a través del indicador *Content Validity Indexing* (CVI)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la validez de contenido global de cada una de las versiones del PES-NWI.
2. Determinar si existen diferencias de validez de contenido entre las diferentes versiones lingüísticas de un mismo país.
3. Determinar si las puntuaciones globales entre las diferentes versiones lingüísticas de un mismo idioma difieren significativamente.
4. Identificar los ítems potencialmente problemáticos
5. Determinar si la validez de contenido de cada subescala presenta diferencias significativas entre países (idiomas) y entre las subescalas de forma global.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

METODOLOGÍA

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Diseño, ámbito y participantes

Se trata de un estudio observacional descriptivo y transversal.

El trabajo de campo se realizó entre febrero de 2009 a mayo de 2010.

Los países e idiomas participantes fueron: España (español), Bélgica (holandés y francés), Grecia (griego), Alemania (alemán), Finlandia (finlandés), Irlanda (inglés-irlandés), Países Bajos (holandés (neerlandés)), Polonia (polaco), Suecia (sueco), Reino Unido (inglés) y Suiza (italiano, alemán y francés).

Variables y procedimiento de recogida de datos

1.1. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)

A partir del cuestionario original de 31 ítems, en inglés americano, desarrollado por Lake, en 2002, el grupo de investigadores europeos y americanos realizó las siguientes modificaciones:

- Se eliminaron tres ítems por los siguientes motivos:
  - *"Nurse managers consult with staff on daily problems and procedures"*. Se consideró una pregunta irrelevante debido a que esta figura había cambiado en las administraciones de EEUU.
  - *"Use of nursing diagnoses".* Los diagnósticos de enfermería no se utilizan sistemáticamente en todas las organizaciones de salud de EE.UU.
  - *"Supervisors use mistakes as learning opportunities, not criticism*". Los autores de la escala consideraron que la cultura de la organización no puede medirse sólo por los "errores" que se trate.
- Se incluyeron, cuatro ítems más, propuestos por la autora del cuestionario, para mejorar la subescala "relaciones enfermera-médico". Estos 4 ítems se utilizaron previamente en 2006 en una muestra de enfermeras y actualmente están siendo revisados por el *National Quality Forum* para su posible inclusión en PES-NWI:
  - *"Physicians value nurses' observations and judgments"*
  - *"Physicians recognize nurses' contributions to patient care".*
  - *"Physicians respect nurses as professionals".*
  - *"Physicians hold nurses in high esteem"*

La versión definitiva utilizada para el estudio se compone de 32 ítems, las posibles respuestas son valoradas con una escala tipo Likert de 1 a 4 donde 1 se correspondió con: "totalmente en desacuerdo"; 2: "de alguna manera en desacuerdo"; 3: "de alguna manera de acuerdo; y 4: "totalmente de acuerdo". En la Tabla 5 se presenta el PES-NWI, en el idioma original.

Tabla 5. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

Please indicate the extent to which you agree that each of the following features is present in your current job
1. Adequate support services allow me to spend time with my patient
2. Physicians and nurses have good working relationships
3. A supervisory staff that is supportive of nurses
4. Active staff development or continuing education programs for nurses
5. Career development/clinical ladder opportunity
6. Opportunity for registered nurses to participate in policy decisions
7. Physicians value nurses' observations and judgments*
8. Enough time and opportunity to discuss patient care problems with other nurses
9. Enough registered nurses on staff to provide quality patient care
10. A nurse manager who is a good manager and leader
11. A chief nursing officer who is highly visible and accessible to staff
12. Enough staff to get the work done
13. Physicians recognize nurses' contributions to patient care*
14. Praise and recognition for a job well done
15. High standards of nursing care are expected by the management
16. A chief nursing officer is equal in power and authority to other top level hospital executives
17. A lot of team work between nurses and physicians
18. Opportunities for advancement
19. A clear philosophy of nursing that pervades the patient care environment
20. Working with nurses who are clinically competent
21. Physicians respect nurses as professionals*
22. A unit manager who backs up the nursing staff in decision making, even if the conflict is with a physician
23. Management that listens and responds to employee concerns
24. An active quality assurance program
25. Registered nurses are involved in the internal governance of the hospital (e g , practice and policy committees)
26. Collaboration between nurses and physicians
27. A preceptor program for newly hired nurses
28. Nursing care is based on a nursing rather than a medical model
29. Registered nurses have the opportunity to serve on hospital and nursing committees
30. Physicians hold nurses in high esteem*
31. Written, up-to-date care plans for all patients
32. Patient care assignments that foster continuity of care (i e , the same nurse cares for the patient from one day to the next)

**Ítems nuevos, incorporados por la Dra. Lake y cols. para el estudio*

Para consultar la versión en español ver Anexo 4.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Las 5 sub-escalas de las que consta el instrumento son (Tabla 6):

(1) Participación de las enfermeras en asuntos del hospital. Explora el rol y valor que ocupa la enfermera dentro del contexto hospitalario. Trata de Identificar la percepción de las enfermeras en cuanto a su contribución a la gestión del hospital, participación en comités, rol de la dirección de enfermería y las posibilidades de promoción (ocho ítems el: 5, 6, 11, 16, 18, 23, 25 y 29).

(2) Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado. Reúne cuestiones relativas a la filosofía aplicada en los cuidados, modelo de atención (médico vs enfermería), planificación del cuidado dentro de la unidad, garantía de calidad y aspectos relacionados con la formación continua de las enfermeras, así como la orientación que se les ofrece a las enfermeras de nuevo ingreso (nueve ítems, el 4, 15, 19, 20, 24, 27, 28, 31 y 32).

(3) Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora. Se centra en el rol que desarrolla la supervisora y el apoyo y reconocimiento que ésta recibe (cuatro ítems, el 3, 10, 14 y 22).

(4) Dotación de personal y recursos. Indaga sobre los elementos clave para proporcionar un cuidado de calidad en relación a los recursos humanos disponibles. Número suficiente de enfermeras en plantilla, la asignación de tiempo necesario para el cuidado del paciente y la comunicación entre las enfermeras para el cuidado del paciente (cuatro ítems, el 1, 8, 9 y 12).

(5) Relaciones entre enfermeras y médicos. Explora sobre la percepción que tienen las enfermeras del trabajo en equipo y colaboración entre enfermeras y médicos (siete ítems, 2, 7, 13, 17, 21, 26 y 30).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 6. Subescalas del PES-NWI

Número de ítem	Subescala e ítems
	Participación de las enfermeras en asuntos del hospital
5	Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional
6	Hay oportunidades de que el personal de enfermería participe en decisiones sobre la política del hospital
11	El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal
16	El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución
18	Hay oportunidades de ascender
23	La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados
25	Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)
29	Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería

Tabla 6. Subescalas del PES-NWI (continuación)

Número de ítem	Subescala e ítems
	Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado
4	Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras
15	La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad
19	Una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente
20	Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes
24	Existe un programa activo de garantía de la calidad
27	Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación
28	Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico
31	Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes
32	Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados (por ejemplo, la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)
	Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora
3	Las supervisoras apoyan a las enfermeras
10	La supervisora es una buena supervisora y líder
14	Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho
22	La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico
	Dotación de personal y recursos
1	Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes
8	Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras
9	Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes
12	Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo
	Relaciones entre enfermeras y médicos
2	Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral
7	Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras
13	Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes
17	Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos
21	Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales
26	Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos
30	Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.2. Versiones del PES-NWI en los idiomas oficiales.

Cada país europeo participante en el proyecto de investigación RN4CAST realizó a su vez una versión PES-NWI en los idiomas oficiales: España (español), Bélgica (holandés y francés), Grecia (griego), Alemania (alemán), Finlandia (finlandés), Irlanda (inglés-irlandés), Países Bajos (holandés (neerlandés)), Polonia (polaco), Suecia (sueco), Reino Unido (inglés) y Suiza (italiano, alemán y francés). Se realizó a través de un proceso sistemático de traducción dirigido por expertos en la adaptación transcultural de instrumentos (Dra. Squires) y seguido por todos los equipos de investigación de cada país implicado obteniéndose 14 versiones del cuestionario. El proceso de traducción y retro-traducción realizado fue:

- **Los criterios de selección** (perfil y requisitos) de los traductores fueron:

    a. Cualificación recomendada: título de traductor profesional, grado de máster o superior, con experiencia en traducción de literatura de ciencias de la salud.
    b. Cualificación mínima: competencia oral y escrita en Inglés, máster en enfermería o experiencia en el campo asistencial de ciencias de la salud; experiencia previa en la realización de traducciones orales o escritas.

- **Traducción**

    Dos traductores bilingües, cuya lengua materna era el idioma oficial de cada uno de los países europeos (IO), realizaron, de forma independiente, la traducción del instrumento de inglés americano al IO. Una vez obtenidas las dos versiones traducidas, se procedió tras una reunión virtual con los responsables del proyecto y la Dra. Squire, para debatir las cuestiones conceptuales sobre los aspectos de la traducción y teniendo como referencia los ítems en la versión original. De esta reunión de consenso se obtuvo una única versión traducida al idioma oficial del país (VT1).

- **Retro-traducción**

    Dos traductores bilingües, cuya lengua materna era el inglés americano, realizaron la retro-traducción de la versión VT1 al inglés americano. Dicho proceso se llevó a cabo de forma independiente y ciega (no conocían la versión original en inglés). Tras una reunión de consenso (traductores e investigadores) se desarrolló la versión en inglés. Se obtiene la versión retro-traducida traducida al inglés americano (VRT)

- **Versión final al idioma oficial de cada país**

    Tras disponer de las dos versiones del instrumento, en inglés americano original y en inglés americano retro-traducido, se evaluaron los ítems uno a uno, en búsqueda de incoherencias por parte de la versión retro-traducida. Dos personas bilingües con experiencia en traducción de textos de ciencias de la salud, realizaron las modificaciones pertinentes en los ítems “problemáticos” de la versión en el IO, de forma que se redactaran lo más fiel posible al enunciado del ítem en inglés americano original. Finalmente se realizó una reunión con los investigadores de

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

cada país y la Dra. Squires para identificar problemas relacionados con la traducción y confirmar la versión final (VTF).

Como resultado de todo este proceso se dispusieron de las siguientes versiones del PES-NWI en cada país:

- En inglés americano original.
- En inglés americano retro-traducido.
- En el/los idiomas oficiales de cada país que se consideraron en el estudio.

1.3. Validez de Contenido a través del Content Validity Indexing (CVI)

Para determinar la validez de contenido se calcula el Índice de validez de contenido. El procedimiento desarrollado para la obtención de las valoraciones de los expertos de cada versión del cuestionario fue:

- Se identificaron entre cinco y once expertos con los siguientes criterios de selección: titulados universitarios en enfermería bilingües (inglés y lengua nativa), que hubieran ejercido como enfermeras en su país de origen durante los últimos 5 años, y con acceso regular al correo electrónico. Se identificaron de dos a tres evaluadores adicionales para reemplazar las pérdidas entre los inicialmente seleccionados.

- Una vez identificados los evaluadores, por cada equipo investigador, se procedió a invitarlos formalmente a participar en el proyecto a través del correo electrónico con una carta de solicitud de participación.

- Se elaboró una aplicación informática donde los expertos cumplimentaron on-line sus respuestas o bien rellenaron el formulario en un documento Word.

- Los evaluadores disponían de 15 días para completar el formulario de valoración.

- Cada experto determinó si cada uno de los ítems era relevante a la población del estudio y si el formato de la pregunta era apropiado. Para ello calificó los ítems con una escala ordinal de cuatro puntos de 1 (irrelevante) a 4 (sumamente relevante) Como ya se ha mencionado previamente, la información aportada por este índice, puede ser utilizada para descartar ítems, pero dado que se enmarcaba un proyecto internacional, y era necesaria la comparación, se decidió añadir una pregunta con respuesta dicotómica, en la que el experto valoraba la equivalencia conceptual del ítem. En la (Tabla 7) se representa el modelo de cuestionario con la pregunta 1.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 7. Ejemplo de valoración de los ítems

Utilice la siguiente escala para calificar los elementos del instrumento:
1 = Irrelevante; 2 = De alguna manera relevante; 3 = Bastante relevante y 4 = Sumamente relevante

Ítem Inglés americano	Puntuación	Ítem País (idioma)*	Equivalencia Conceptual Sí/No	Comentarios/ Sugerencias
Adequate support services allow me to spend time with my patients	4	Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes	Sí	

**Idioma(s) oficial de cada uno de los países*

En la Anexo 5 se resumen las etapas del proceso de adaptación transcultural de las 14 versiones, incluyendo las fases relativas al proceso de traducción y retro-traducción y la obtención del *Content Validity Indexing.*

Análisis de datos

El cálculo de la validez de contenido de los ítems (I-CVI) del cuestionario se realizó según la metodología propuesta por Lynn (1986), Polit & Beck (2006) y Polit et al. (2007), en la que se establece la validez de contenido de cada uno de los ítems con la corrección de probabilidad debida al azar.

El cálculo de las distintas variables necesarias para el análisis del CVI fue:

- **Acuerdos [A].** Número de expertos que le dieron al ítem una puntuación de de 3 ó 4 (relevancia buena).
- ***Item level validity calculation*** **[I-CVI].** Nivel de validez del ítem. Criterio de valoración: puntuaciones ≥0.78 se consideran aceptables. Cálculo:

$$\boldsymbol{I-CVI} = \frac{nº\ de\ expertos\ que\ han\ clasificado\ ítemes\ con\ puntuaciones\ 3\ ó\ 4}{Total\ de\ expertos}$$

- ***Probability of chance agreement*** **[P_c].** Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar.
  Criterio de valoración: se recomienda obtener valores cuanto más pequeños mejor.
  Cálculo:

N= nº de Expertos
A= nº de puntuaciones de 3 ó 4)
!= Factorial

$$pc = \left[\frac{[\ N!\ ]}{[A!\,(N-A)!]}\right] x\ 0,5^N$$

- ***Modified kappa coefficient designating agreement on relevance*** **[*K*].** Coeficiente Kappa modificado designa la proporción de acuerdo sobre la relevancia del ítem.
  El criterio de valoración del *K* ha sido establecido según dos de los autores que han utilizado este indicador, el determinado por Fleiss, 1981 con cuatro valoraciones: excelente, buena, débil y pobre, y el establecido por Polit et al., 2007, con una categoría menos, en la que el límite inferior de la valoración pobre es mayor que el de Fleiss. En la Tabla 8 se exponen los valores de las categorías según estos autores.

Tabla 8. Criterios de Valoración del Kappa

Valoración	**Valor *K***	
	Fleiss, 1981	Polit. 2007
Excelente	≥ 0,75	>0.74
Buena	0,60-0,749	0,60-0,74
Débil	0.40-0.599	-
Pobre	< 0.40	0,59-0,40

Cálculo:

$$k = \frac{I - CVI\ -\ pc}{1\ -\ pc}$$

- ***Overall scale average*** **[S-CVI].** Media de las puntuaciones de todos los I-CVI. Refleja la importancia global del instrumento.
  Criterio de valoración: puntuación mínima de 0,80, valores ≥0.9 representan una validez elevada.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Se obtuvieron todos los I-CVI, S-CVI y K, de los 32 ítems y agrupados por las sub-escalas que componen el PES-NWI de las 14 versiones del instrumento, se tomó como versión de referencia la escala de USA.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables según la naturaleza de las mismas: distribución de frecuencias y proporciones para las variables categóricas, y cálculo de medias y desviaciones estándar para las variables continuas, y en algunos casos los intervalos de confianza del 95% ($IC_{95\%}$). Se consideraron ítems potencialmente problemáticos (IPP), aquellos que obtuvieron un coeficiente kappa menor 0,60.

Para establecer la asociación entre las puntuaciones de los I-ICV y las tres categorías de valoración según el coeficiente kappa (excelente, buena y pobre) y el número de expertos (<10 y ≥ 10 expertos) se utilizó la prueba paramétrica t de Student o la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney, en función de las condiciones de aplicación. Para la comparación de las puntuaciones medias del I-CVI de las versiones de un mismo país se utilizaron la prueba paramétrica t de Student o la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Para el análisis de las diferencias de la puntuación media del CVI de cada subescala entre las distintas versiones se utilizaron el análisis de la varianza (ANOVA) o la prueba de Kruskal-Wallis, en función del cumplimiento de las condiciones de aplicación. Y por último para la comparación de las puntuaciones medias de las subescalas y la valoración del coeficiente kappa modificado según Polit et al. 2007 (pobre, buena, excelente) se utilizó test no paramétrico Chi-Cuadrado. El nivel de significación estadística se estableció en $p<0.05$.

Se utilizó el programa Excel 2007 para recoger todas las valoraciones de los expertos y posteriormente realizar los cálculos de: número de acuerdos, I-CVI, P_c, K de cada uno de los ítems del instrumento y el S-CVI de cada una de las versiones. Para el análisis descriptivo e inferencial se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, Versión 17.0.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Consideraciones éticas

Se respetaron todos los principios éticos de la investigación científica biomédica de acuerdo a la legislación española y europea en materia de protección de datos. También se solicitó el consentimiento a todos los participantes del estudio. Así mismo, todos los proyectos fueron aprobados por los distintos comités de ética e investigación de las instituciones de donde procedían los Investigadores principales de cada país participante.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

RESULTADOS

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Se presentan, en primer lugar los resultados de validez de contenido de manera global, realizando un análisis descriptivo por países (idiomas) con los indicadores previamente establecidos. A continuación, se realiza un análisis comparativo de las versiones del PES-NWI de un mismo país y las versiones idiomáticamente parecidas. En tercer lugar, se exponen los resultados de los 32 ítems del instrumento, organizados de mayor a menor grado de validez de contenido según el valor del coeficiente kappa modificado. Por último, se describen y analizan las diferencias de las subescalas considerando todas las versiones y las diferencias de las distintas versiones en función de las subescalas del instrumento.

Resultados globales de la Validez de contenido

Respecto al grupo de expertos. De las 131 enfermeras que fueron invitadas al estudio, formaron parte del panel de expertos para la evaluación de la validez de contenido de las distintas versiones del PES-NWI, un total 122 (93,1%).

La media del número de expertos participantes fue de 8,71, todos los países tenían un mínimo de 7 expertos y un máximo de 11, excepto Alemania, que sólo pudo reunir a 5 que cumplieran los criterios de selección establecidos.

En cuanto al S-CVI osciló entre 0,60 y 0,98, con un promedio global de las 14 versiones de 0,85 ($IC_{95\%}$: 0,83-0,86) para el S-CVI y de 0,820 ($IC_{95\%}$: 0,802-0,839) del coeficiente kappa modificado (K). (Tabla 9)

Tabla 9. Resultados globales del *Content Validity Indexing*

País	**Idioma**	**NE**	**S-CVI**	**S-K**	**Valoración (P)**
Alemania	Alemán	5	0,98	0,97	Excelente
Bélgica	Holandés	10	0,85	0,84	Excelente
	Francés	7	0,77	0,72	Buena
España	Español	10	0,82	0,80	Excelente
Finlandia	Finlandés	7	0,89	0,87	Excelente
Grecia	Grecia	10	0,84	0,83	Excelente
Irlanda	Irlandés	8	0,79	0,75	Excelente
Países Bajos	Holandés	9	0,91	0,90	Excelente
Polonia	Polaco	10	0,60	0,50	Pobre
Reino Unido	Inglés	11	0,80	0,77	Excelente
Suecia	Sueco	9	0,93	0,92	Excelente
Suiza	Italiano	8	0,98	0,98	Excelente
	Alemán	9	0,94	0,93	Excelente
	Francés	9	0,76	0,71	Buena
USA	Inglés	10	0,81	0,78	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Si consideramos como valor de referencia el promedio de los coeficientes kappa modificado (S-K), se observa que la mayoría alcanzan una valoración de excelente (78,6%), las dos versiones en francés (de Bélgica y Suiza) obtienen una valoración de buena y sólo Polonia tiene una valoración pobre, según Polit et al., 2007, o débil, según Fleiss, 1981.

Por otro lado, si tomamos el valor de referencia del S-CVI, se observa que 11 de los 14 (78,6%) instrumentos alcanzan la puntuación mínima de validez de contenido. Son Las versiones de Polonia y Bélgica (francés) y Suiza (francés) las que obtienen S-CVI < 0,80. Cinco de las 14 versiones (36%): Alemania, Países Bajos, Suecia, Suiza (italiano y alemán) presentan una elevada validez global según el S-CVI (>0,90) y una evaluación de excelente según el kappa modificado.

Comparación entre las diferentes versiones lingüísticas de un mismo país. Bélgica y Suiza

Bélgica realizó la versión del PES-NWI en dos idiomas, holandés y francés. Las valoraciones se realizaron por 7 expertos en el caso de la versión en francés y por 10 en la holandesa. Según las puntuaciones del coeficiente kappa la holandesa alcanza una valoración de excelente (K=0,84(DE=0,12)) y la v. en francés de buena (K=0,72 (DE=0,16). El S-CVI de la versión en francés obtiene un valor de 0,77, mientras que la holandesa alcanza el valor mínimo de validez (0,85). Si comparamos los S-CVI y los K correspondientes, sí existen diferencias estadísticamente significativas (t de Student= 2,12; gl=62; p=0,003).

En el caso de Suiza, el instrumento fue adaptado en tres idiomas, italiano, holandés y francés, las valoraciones se realizaron por, 8 expertos la versión en italiano y 9 las otras dos. La versión en francés es la que obtuvo puntuaciones más bajas de los dos indicadores de validez de contenido. El análisis de las diferencias de medias de los CVI y K muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre las tres versiones (Tabla 10). Estas diferencias se dan entre los valores del S-CVI la versión en italiano y en francés (t-student=7,73; gl=36,9; p<0,001) y la versión en alemán y en francés (t-student=5,46; gl=52,4; p<0,001).

Tabla 10. Comparación de las tres versiones de Suiza

	Idioma	N	Rango promedio	Media (DE)
S-CVI	Italiano	32	63,47	0,98 (0,05)
	Alemán	32	57,41	0,94 (0,10)
	Francés	32	24,63	0,76 (0,16)
	Total	96		
Prueba de Kruskal-Wallis; Chi-cuadrado= 41,78; gl=2; p=<0,001				
K	Italiano	32	63,47	0,98 (0,05)
	Alemán	32	57,61	0,93 (0,12)
	Francés	32	24,42	0,71 (0,21)
	Total	96		
Prueba de Kruskal-Wallis; Chi-cuadrado= 42,42; gl=2; p=<0,001				

Comparación entre las diferentes versiones lingüísticas de un mismo idioma

Todas las puntuaciones de los S-CVI de las versiones de un mismo idioma, no presentan diferencias estadísticamente significativas, salvo las versiones en alemán de Suiza y de Alemania (U de Mann-Whitney=374; p=0,008), donde el número de expertos es de 5 para Alemania y de 9 en el caso de Suiza. (Tabla 11)

Tabla 11. Versiones del mismo idioma

Idioma	País	NE	S-CVI	*p*
Alemán	Suiza	9	0,94	
	Alemania	5	0,98	0,008
Holandés	Bélgica	10	0,85	
	Países Bajos	8	0,79	0,089
Francés	Bélgica	7	0,77	
	Suiza	9	0,76	0,645
Inglés	Irlanda	8	0,79	
	Reino Unido	11	0,80	
	USA	10	0,81	0,781

Validez de contenido de los ítems

Del total de ítems de las 14 versiones europeas del instrumento un 86,4% (n=387) obtienen una valoración de excelente/bueno y sólo 61 ítems obtienen alguna valoración pobre. Once de las versiones del PES-NWI alcanzan más del 80% de los ítems con estas valoraciones, siendo la versión de Suiza (italiano) la que obtiene un 100% de valoraciones excelente de todos los ítems, seguida de la versión en alemán del mismo país, Suecia, Alemania, y las versiones en holandés de Países Bajos y de Bélgica.

Dado que el estudio se ha centrado en las versiones de los países europeos, la versión en inglés americano de USA no se ha incluido en los análisis globales pero sí se ha utilizado en algunos casos como versión de referencia. Esta versión, obtuvo un 15,6% (n=5) de valoraciones pobres, un 21,9% (n=7) de buenas y un 62,5 % (n=20) de excelentes.

Las dos versiones en inglés de los países de Inglaterra e Irlanda junto con Polonia con 9, 10 y 20 ítems, respectivamente, son los instrumentos que muestran un mayor porcentaje de ítems potencialmente problemáticos (IPP). En la Tabla 12 se detallan agrupados por las categorías de valoración establecidos por Polit et al., 2007.

Tabla 12. Valoración global de los ítems

	Criterio de valoración del Kappa (Polit et al. 2007)						
	Pobre		Buena		Excelente		Excelente/buena
País (idioma)	n	% [a]	n	% [a]	n	% [a]	% [a]
Suiza (Italiano)	0	0,0	0	0,0	32	100,0	100,0
Suiza (Alemán)	1	3,1	0	0,0	31	96,9	96,9
Alemania (Alemán)	1	3,1	0	0,0	31	96,9	96,9
Suecia (Sueco)	1	3,1	1	3,1	30	93,8	96,9
Países Bajos (Holandés)	1	3,1	2	6,3	29	90,6	96,9
Bélgica (Holandés)	1	3,1	4	12,5	27	84,4	96,9
Finlandia (Finlandés)	2	6,3	3	9,4	27	84,4	93,8
Grecia (Griego)	2	6,3	5	15,6	25	78,1	93,8
Bélgica (Francés)	3	9,4	14	43,8	15	46,9	90,6
España (Español)	4	12,5	2	6,3	26	81,3	87,5
Suiza (Francés)	6	18,8	6	18,8	20	62,5	81,3
Irlanda (Inglés-Irlandés)	9	28,1	8	25,0	15	46,9	71,9
Reino Unido (Inglés británico)	10	31,3	3	9,4	19	59,4	68,8
Polonia (Polaco)	20	62,5	11	34,4	1	3,1	37,5
Total Ítems n (%)[2]	**61 (13,6)**		**59 (13,2)**		**328 (73,2)**		**387 (86,4)**

[a] *Porcentaje de las categorías del total de ítems del instrumento de cada país (n=32)*
[2] *Porcentaje de las categorías de entre el total de ítems de la muestra (n=448)*

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En el Anexo 6 se exponen los resultados obtenidos agrupados por países (idiomas) y subescalas.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los ítems, indicando por países (idiomas) las puntuaciones obtenidas del I-CVI, el coeficiente Kappa modificado y su valoración en términos de validez de contenido. Se han organizado en un gradiente de valoración excelente a pobre, según las puntuaciones obtenidas del coeficiente kappa.

Ítems con excelente o buena validez de contenido

Los cinco primeros ítems que a continuación se detallan han obtenido en las 14 versiones una excelente o buena validez de contenido.

- Ítem 4. **"Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras".** Si observamos la Tabla 13 y la Figura 3 todos los valores del K indican una valoración buena o excelente, siendo Polonia y Finlandia e incluso la

versión americana las que obtienen la valoración buena con un valor del I-CVI por debajo del valor aceptable ≥ 0,78.

Tabla 13. Ítem 4. Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras

País (idioma)	NE	A	I-CVI	pc	K	Valoración (P)
Bélgica (Holandés)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Reino Unido (Inglés británico)	11	10	0,91	0,005	0,91	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
España(Español)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena

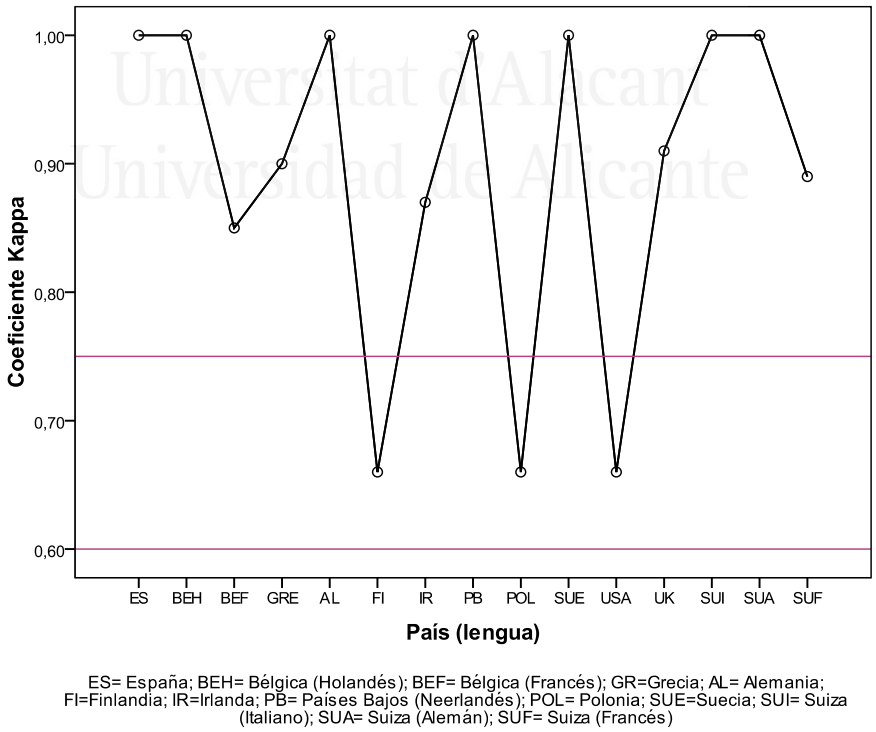


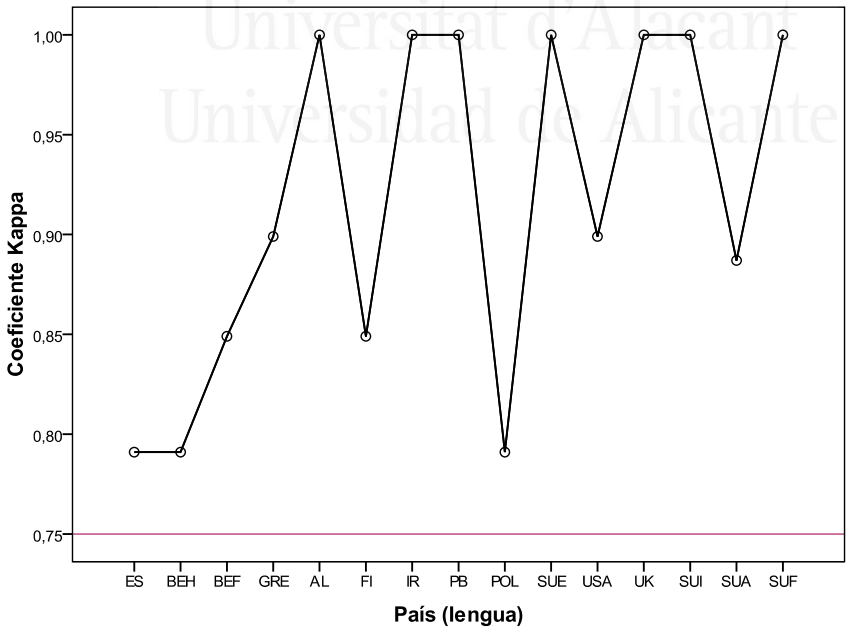
Figura 3. Ítem 4. Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras. K

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Ítem 15 "**La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad**". Tanto el coeficiente K como el I-CVI obtienen puntuaciones por encima de 0,74 y 0,78 respectivamente, y por tanto la validez de contenido de esta ítem es excelente. (Tabla 14 y Figura 4)

Tabla 14. Ítem 15. La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	K	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	8	0,80	0,044	0,80	Excelente
España(Español)	10	8	0,80	0,044	0,80	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	8	0,80	0,044	0,80	Excelente
Reino Unido (Inglés británico)	11	11	1,00	0,000	1,00	Excelente
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	8	0,90	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Francés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 4. Ítem 15. La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad. K

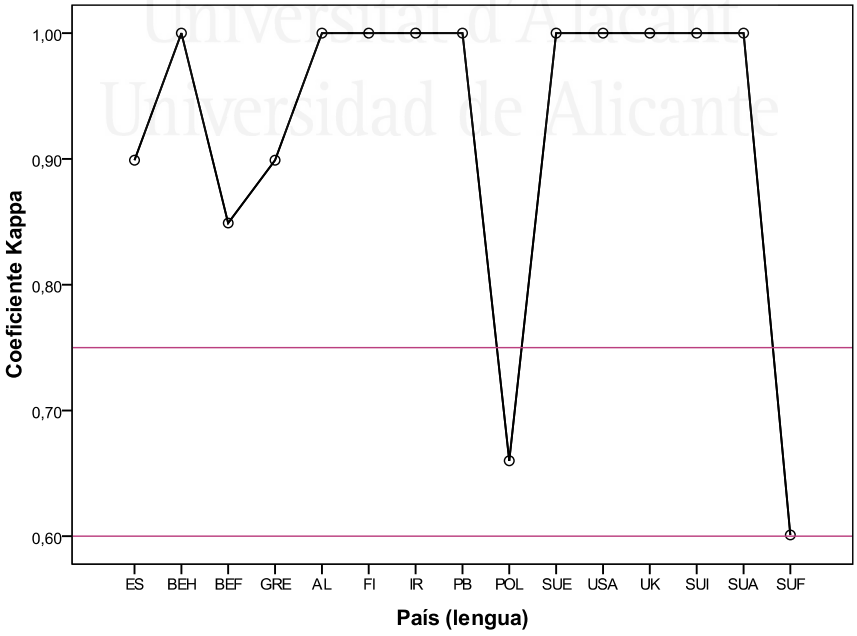
Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Ítem 20 "**Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes**" ,este ítem es uno de los que mayor validez de contenido obtiene, si observamos la Tabla 15 y Figura 5, nueve de las 14 versiones del PES-NWI del ámbito europeo obtienen la puntuación más alta en ambos indicadores. Polonia y la versión de Suiza (francés) no obtienen el nivel aceptable del I-CVI, su valoración según el K es buena.

Tabla 15. Ítem 20. Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
España(Español)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Reino Unido (Inglés británico)	11	11	1,00	0,000	1,00	Excelente
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	6	0,67	0,164	0,60	Buena
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



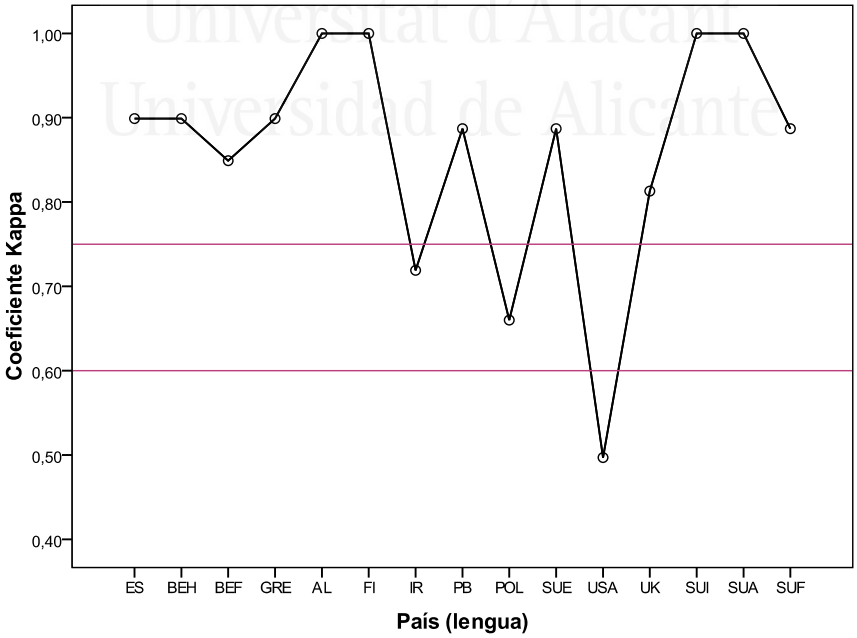
ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 5. Ítem 20. Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes. K

- Ítem 10 **"La supervisora es una buena supervisora y líder"** de la subescala Aptitud, liderazgo y apoyo a la supervisora. Todas las versiones del ámbito europeo han obtenido una valoración buena o excelente, y sin embargo la valoración de la versión americana es pobre, obteniendo una puntuación del I-CVI y K del 0,60 y 0,50 respectivamente. (Tabla 16 y Figura 6)

Tabla 16. Ítem 10. La supervisora es una buena supervisora y líder

País (Idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	9	0,900	0,010	0,899	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,857	0,055	0,849	Excelente
España(Español)	10	9	0,900	0,010	0,899	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,900	0,010	0,899	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	6	0,750	0,109	0,719	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	8	0,889	0,018	0,887	Excelente
Polonia (Polaco)	10	7	0,700	0,117	0,660	Buena
Reino Unido (Inglés británico)	11	9	0,818	0,027	0,813	Excelente
Suecia (Sueco)	9	8	0,889	0,018	0,887	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	8	0,889	0,018	0,887	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	6	0,600	0,205	0,497	Pobre



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

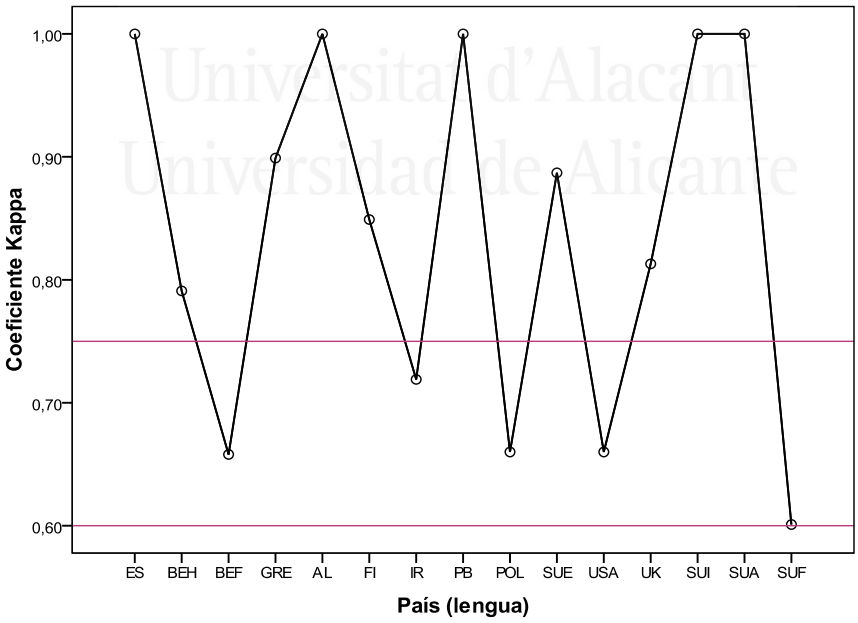
Figura 6. Ítem 10. La supervisora es una buena supervisora y líder. K

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Ítem 12. **"Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo"**, de la subescala Dotación de personal y recursos. Dentro del rango de la valoración buena o excelente, las puntuaciones de este ítem son más dispares. Existiendo en este caso, un mayor número de discrepancias entre el I-CVI y el K. (Tabla 17 y Figura 7)

Tabla 17. Ítem 12. Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo

País (Idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	8	0,800	0,044	0,791	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,714	0,164	0,658	Buena
España(Español)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,857	0,055	0,849	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,900	0,010	0,899	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	6	0,750	0,109	0,719	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	7	0,700	0,117	0,660	Buena
Reino Unido (Inglés británico)	11	9	0,818	0,027	0,813	Excelente
Suecia (Sueco)	9	8	0,889	0,018	0,887	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	6	0,667	0,164	0,601	Buena
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	7	0,700	0,117	0,660	Buena



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 7. Ítem 12. Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo. K

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Ítems potencialmente problemáticos (IPP)

En este subapartado se describen los ítems potencialmente problemáticos de las 14 versiones europeas, es decir aquellos que han obtenido alguna valoración pobre (VP) según el coeficiente kappa modificado (k≤0,74). Los ítems se agruparán de menor a mayor VP, siguiendo las frecuencias descritas en la Tabla 18 (no se ha incluido la versión en inglés americano).

Tabla 18. Frecuencia de ítems potencialmente problemáticos

Nº de ítem	Nº valoraciones pobres
1, 2, 3, 19, 21, 22, 26, 27 y 28	1
5, 7, 8, 9, 13, 16, 17, 18, 23 y 31	2
24 y 32	3
14, 25, 29 y 30	4
6 y 11	5
Total	**61**

- Ítems con una valoración pobre

Ítem 1 **"Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes**", las versiones de 5 países, Grecia, Finlandia, Irlanda y Reino Unido, obtienen puntuaciones del I-CVI por debajo de la validez aceptable, y siendo UK el único que presenta una valoración pobre (K=0,57). (Tabla 19 y Figura 8)

Tabla 19. Ítem 1. Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
España(Español)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
Grecia (Griego)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	6	0,75	0,109	0,72	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Polonia (Polaco)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Reino Unido (Inglés británico)	11	7	0,64	0,161	0,57	Pobre
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Francés)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

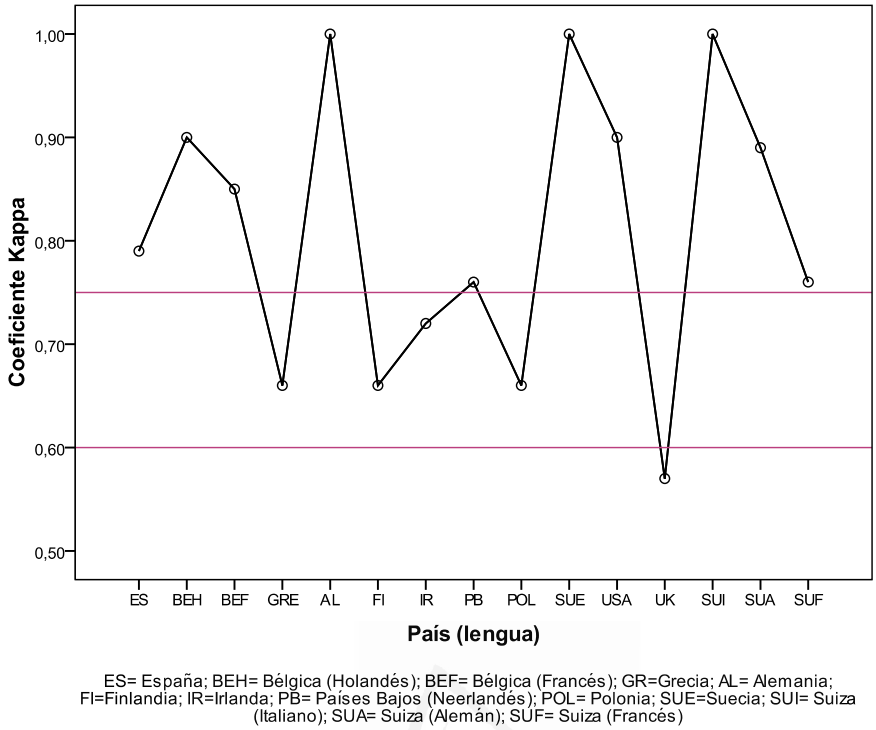


Figura 8. Ítem 1. Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar. K

El ítem 21 "**Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales",** las versiones de Irlanda (Inglés-Irlandés), Polonia y Suiza (Francés) presentan I-CVI por debajo del 0,78, siendo Suiza la que obtiene una valoración pobre de 0,41. (Tabla 20 y Figura 9)

Tabla 20. Ítem 21. Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
España (Español)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	6	0,75	0,109	0,72	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Reino Unido (Inglés británico)	11	11	1,00	0,000	1,00	Excelente
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	5	0,56	0,246	0,41	Pobre
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

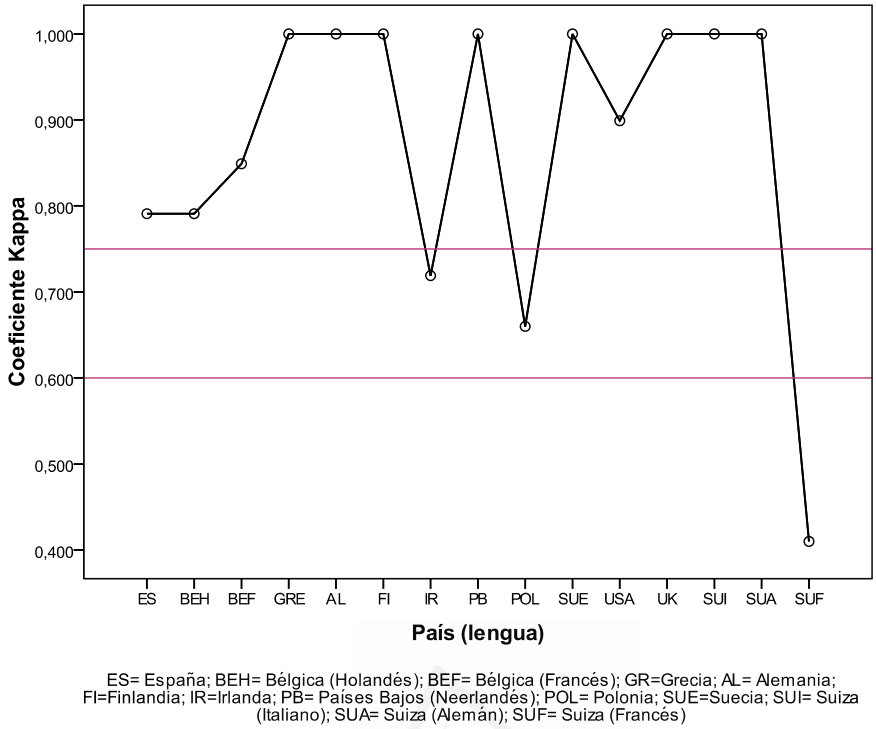


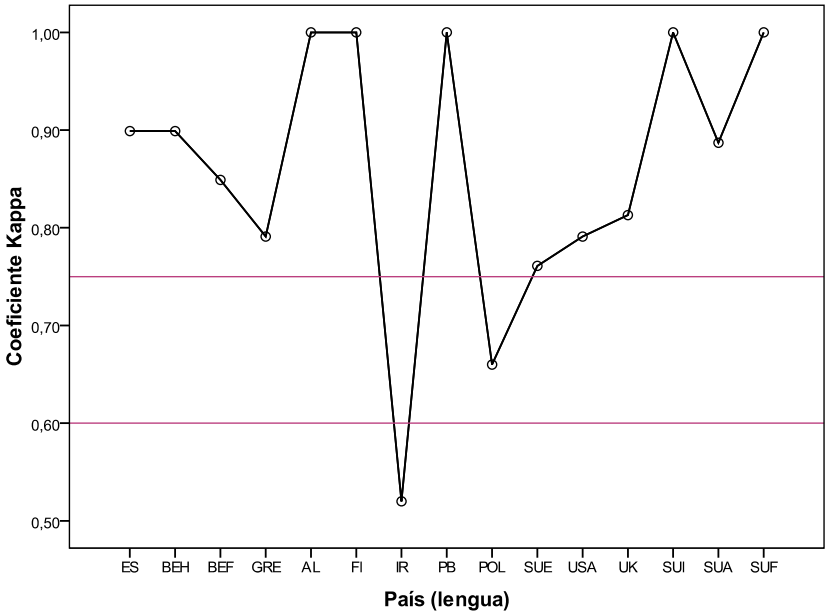
Figura 9. Ítem 21. Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales. K

Ítem 22 "**La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico",** todas las versiones obtienen puntuaciones del I-CVI ≥ 0,78, salvo Polonia e Irlanda, siendo este último país el único que presenta un coeficiente kappa por debajo de lo aceptable (K=0,52) (Tabla 21 y Figura 10)

Tabla 21. Ítem 22. La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
España (Español)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	5	0,63	0,219	0,52	Pobre
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Reino Unido (Inglés británico)	11	9	0,82	0,027	0,81	Excelente
Suecia (Sueco)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Suiza (Alemán)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Francés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 10. Ítem 22. La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico. K

Ítem 27 "**Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación"**, todas las versiones obtienen puntuaciones del I-CVI ≥ 0,78, salvo Polonia y Reino Unido, siendo este último país el único que presenta un coeficiente kappa por debajo de lo aceptable (K=0,41). (Tabla 22 y Figura 11)

Tabla 22. Ítem 27. Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación

País (idioma)	**NE**	**A**	**I-CVI**	p_c	***K***	**Valoración (P)**
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
España (Español)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Reino Unido (Inglés británico)	11	6	0,55	0,226	0,41	Pobre
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Francés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

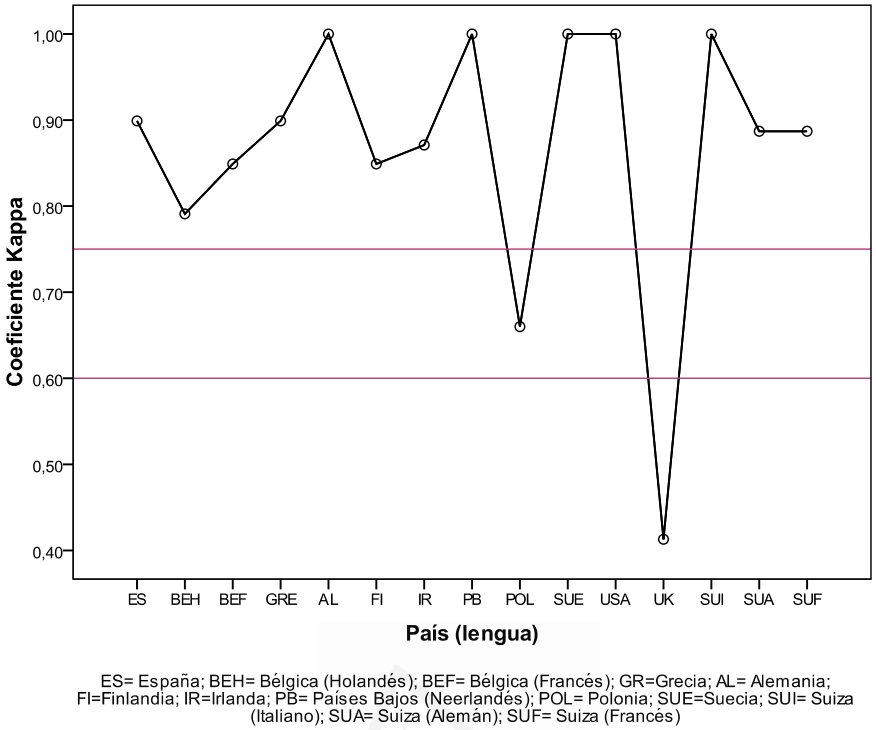


Figura 11. Ítem 27. Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación. K

Los ítems 2, 3, 19, 26 y 28 sólo obtienen valoraciones pobres de la versión de Polonia.

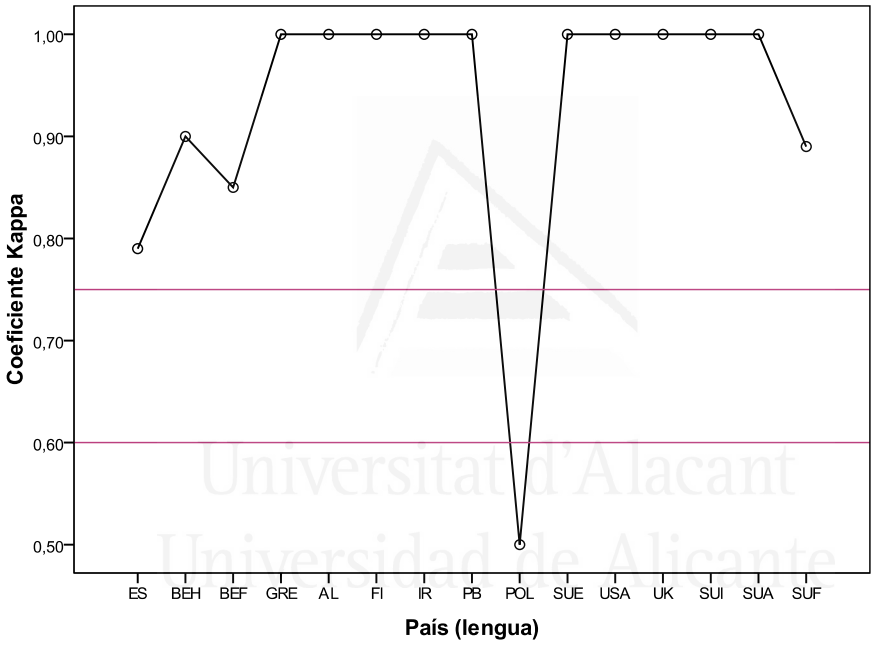
Los ítems 2 y 3, **"Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral", "Las supervisoras apoyan a las enfermeras"**, todas las versiones del instrumento obtienen una alta validez de contenido (I-CVI ≥ 0,78) salvo Polonia que presenta un I-CVI de 0,60 y un K de y 0,50 para el ítem 2 (Tabla 23 y Figura 12) y un I-CVI 0,40 y un K de 0,25 para el ítem 3 (Tabla 24 y Figura 13)

Tabla 23. Ítem 2. Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
España(Español)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre

Tabla 23. Ítem 2. Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral (continuación)

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Reino Unido (Inglés británico)	11	11	1,00	0,000	1,00	Excelente
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

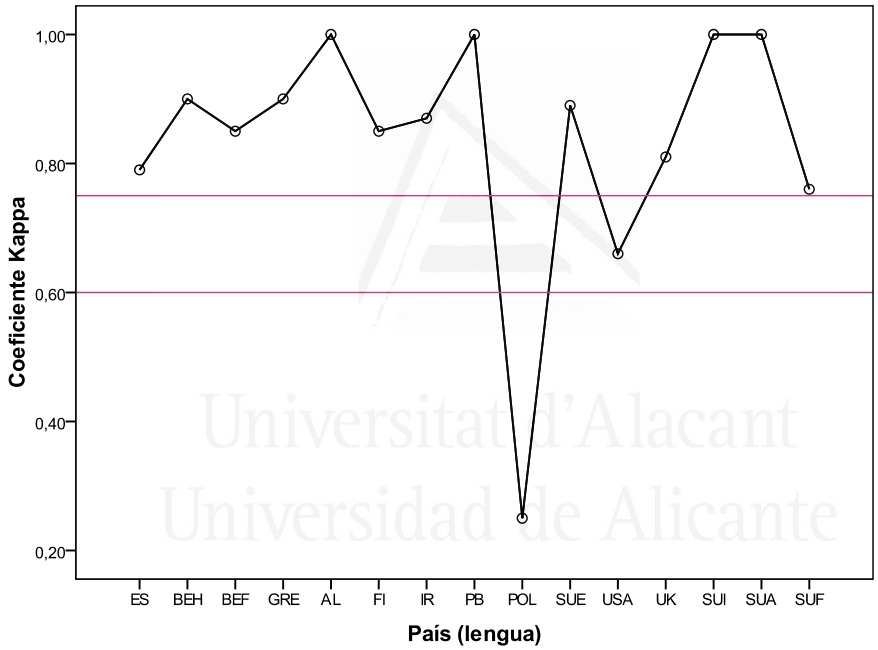
Figura 12. Ítem 2. Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral. K

Tabla 24. Ítem 3. Las supervisoras apoyan a las enfermeras

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,05	0,85	Excelente
España(Español)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente

Tabla 24. Ítem 3. Las supervisoras apoyan a las enfermeras (continuación)

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,01	0,90	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	4	0,40	0,205	0,25	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	9	0,82	0,027	0,81	Excelente
Suecia (Sueco)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 13. Ítem 3. Las supervisoras apoyan a las enfermeras. K

Ítem 19. **"Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente".** Las versiones de Bélgica (francés) y Finlandia obtienen puntuaciones del I-CVI aceptables, obteniendo un buen coeficiente kappa, el resto de versiones presentan una validez de contenido excelente. Polonia, única valoración pobre obtiene un K de 0,50. (Tabla 25 y Figura 14)

Tabla 25. Ítem 19. Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
Bélgica (Holandés)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
España (Español)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
Grecia (Griego)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Polonia (Polaco)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	10	0,91	0,005	0,91	Excelente
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Suiza (Francés)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena

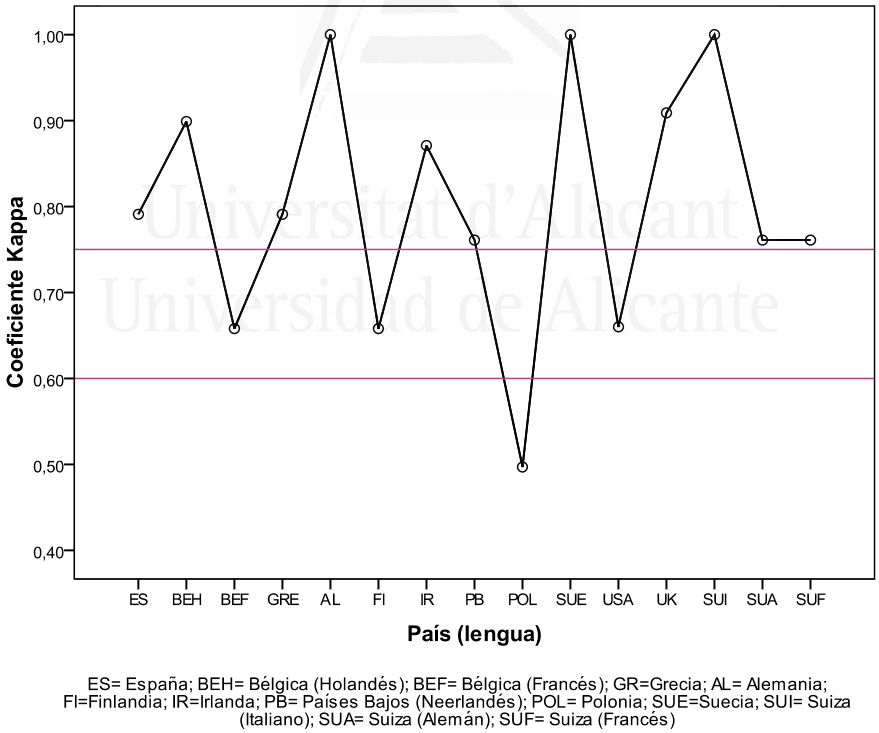


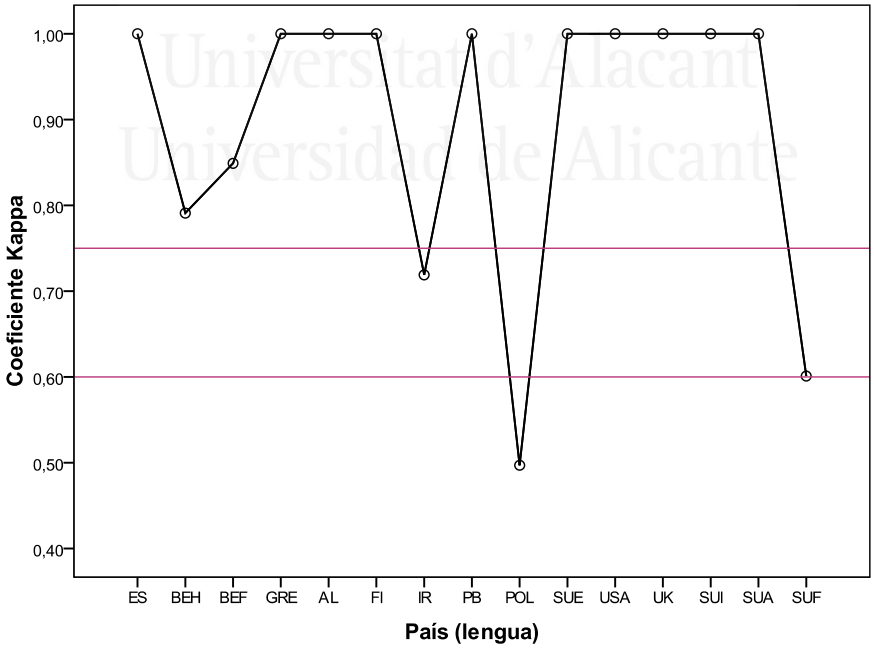
Figura 14. Ítem 19. Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente. K

Ítem 26 **"Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos"** Las versiones de Irlanda y la de Suiza (francés) obtienen puntuaciones del I-CVI aceptables,

obteniendo una valoración buena, el resto de versiones presentan una validez de contenido excelente. Polonia, única valoración pobre obtiene un coeficiente kappa de 0,50. (Tabla 26 y Figura 15)

Tabla 26. Ítem 26. Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
España (Español)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	6	0,75	0,109	0,72	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	11	1,00	0,000	1,00	Excelente
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	6	0,67	0,164	0,60	Buena
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 15. Ítem 26. Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos. K

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Ítem 28 **"Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico".** Cuatro versiones: Bélgica (Francés), Grecia, Holanda y Reino Unido no alcanzan la valoración de excelente de validez de contenido junto a la versión americana. Polonia repite obtiene un coeficiente kappa de 0,50. (Tabla 27 y Figura 16)

Tabla 27. Ítem 28. Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
Bélgica (Holandés)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
España (Español)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	6	0,67	0,164	0,60	Buena
Polonia (Polaco)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	8	0,73	0,081	0,70	Buena
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Suiza (Francés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

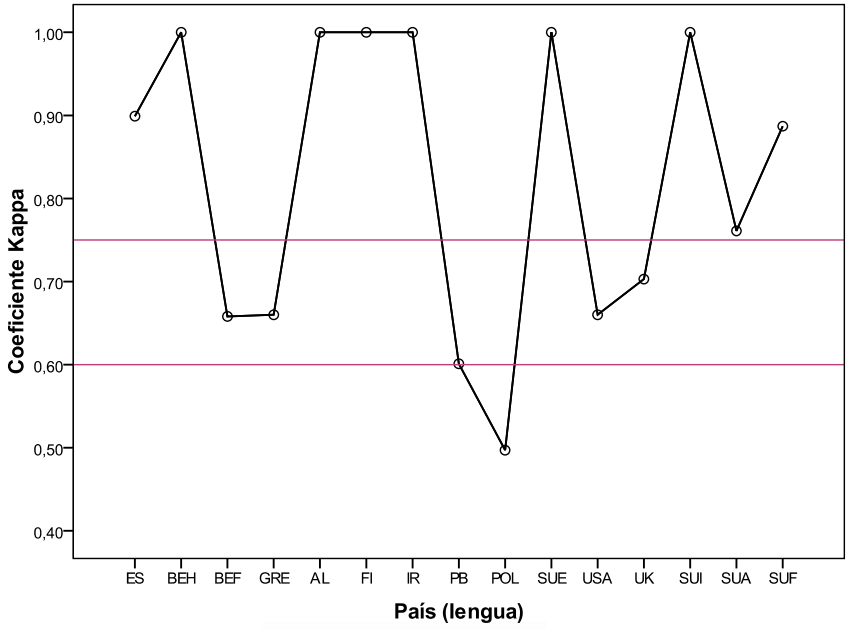


Figura 16. Ítem 28. Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico. K

- **Ítems con 2 valoraciones pobres**

Los siguientes ítems que han obtenido dos evaluaciones con pobre validez de contenido son:

Ítem 5 **"Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional"**, en las versiones de Polonia y Suiza (Francés). Las versiones que obtienen un I-CVI < 0,78 son la de Bélgica (francés) y la del Reino Unido, ambas son clasificadas según el coeficiente kappa con una valoración buena. (Tabla 28 y Figura 17).

Tabla 28. Ítem 5. Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional

País (idioma)	**NE**	**A**	**I-CVI**	p_c	***K***	**Valoración (P)**
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
Bélgica (Holandés)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
España(Español)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Grecia (Griego)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	5	0,50	0,246	0,34	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	8	0,73	0,081	0,70	Buena

Tabla 28. Ítem 5. Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional (continuación)

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Suecia (Sueco)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	5	0,56	0,246	0,41	Pobre
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre

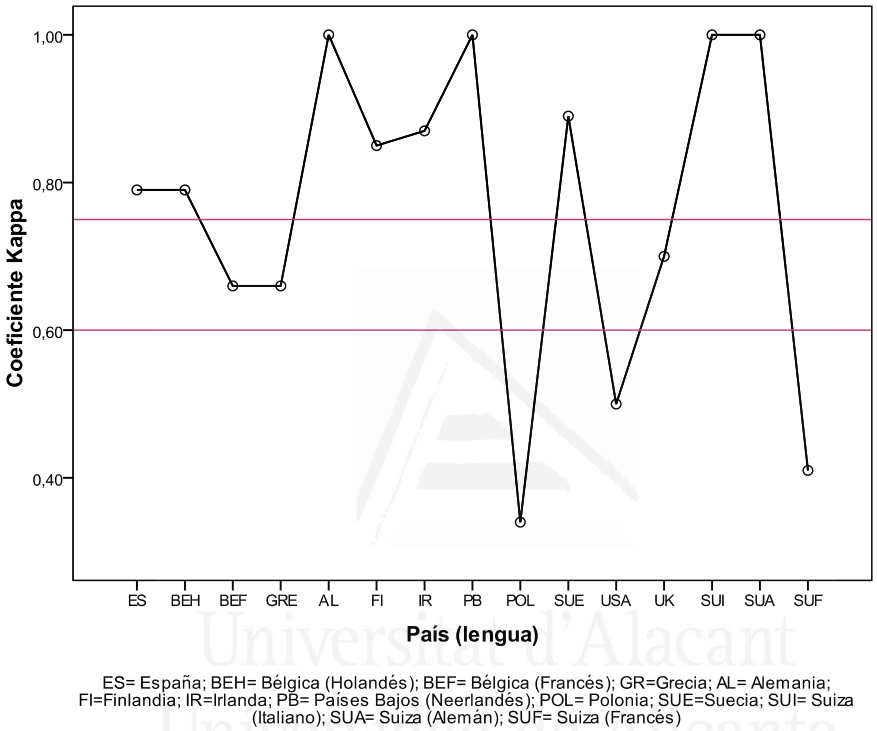


Figura 17. Ítem 5. Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional. K

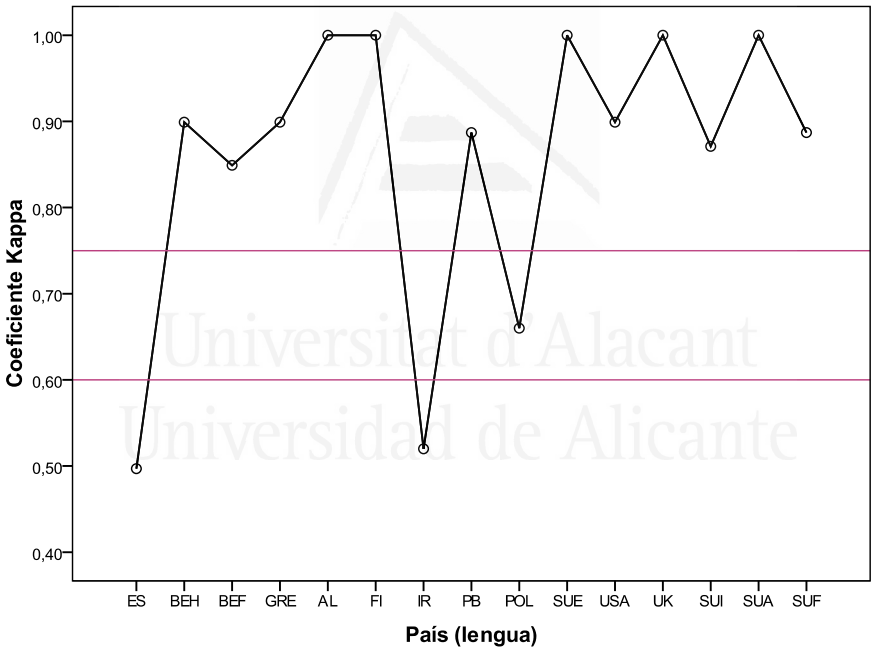
Ítem 7 **"Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras"**, las versiones de Irlanda y España, presentan VP y Polonia presenta una valor de I-CVI de 0,70. El resto de versiones presentan una valoración de excelente. (Tabla 29 y Figura 18)

Tabla 29. Ítem 7. Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
España(Español)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre

Tabla 29. Ítem 7. Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras (continuación)

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	5	0,63	0,219	0,52	Pobre
Países Bajos (Holandés)	9	8	0,90	0,018	0,89	Excelente
Polonia (Polaco)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Reino Unido (Inglés británico)	11	11	1,00	0,000	1,00	Excelente
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	8	0,90	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Italiano)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
USA (Inglés americano)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 18. Ítem 7. Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras. K

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Los Ítems 8 **"Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras"** y 9 **"Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes"**, de las versiones de Irlanda y Polonia, presentan las VP, todas las demás, salvo la de Bélgica (francés) en ambos ítems y la de Suiza (francés) en el ítem 9 (I-CVI< 0,78) presenta coeficientes kappa con valoración excelente (Tabla 30 y Figura 19 y Tabla 31 y Figura 20, respectivamente)

Tabla 30. Ítem 8. Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
España(Español)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Grecia (Griego)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	5	0,63	0,219	0,52	Pobre
Países Bajos (Holandés)	9	8	0,90	0,018	0,89	Excelente
Polonia (Polaco)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	11	1,00	0,000	1,00	Excelente
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Suiza (Italiano)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
USA (Inglés americano)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

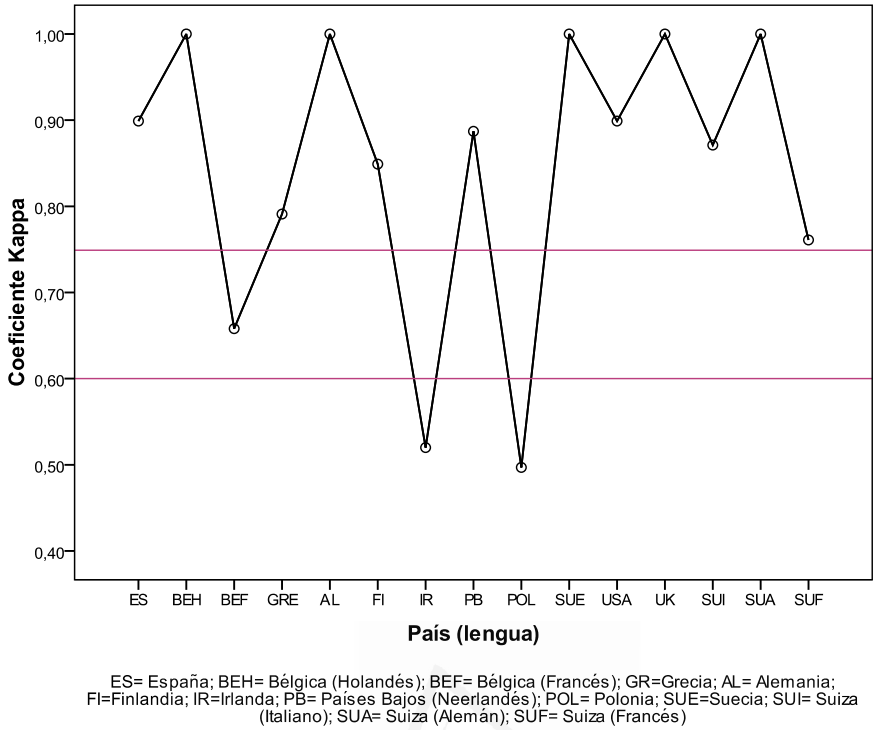


Figura 19. Ítem 8. Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras. K

Tabla 31. Ítem 9. Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
España(Español)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	5	0,625	0,219	0,52	Pobre
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	4	0,400	0,205	0,25	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	9	0,818	0,027	0,81	Excelente
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	6	0,667	0,164	0,60	Buena
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	8	0,800	0,044	0,79	Excelente

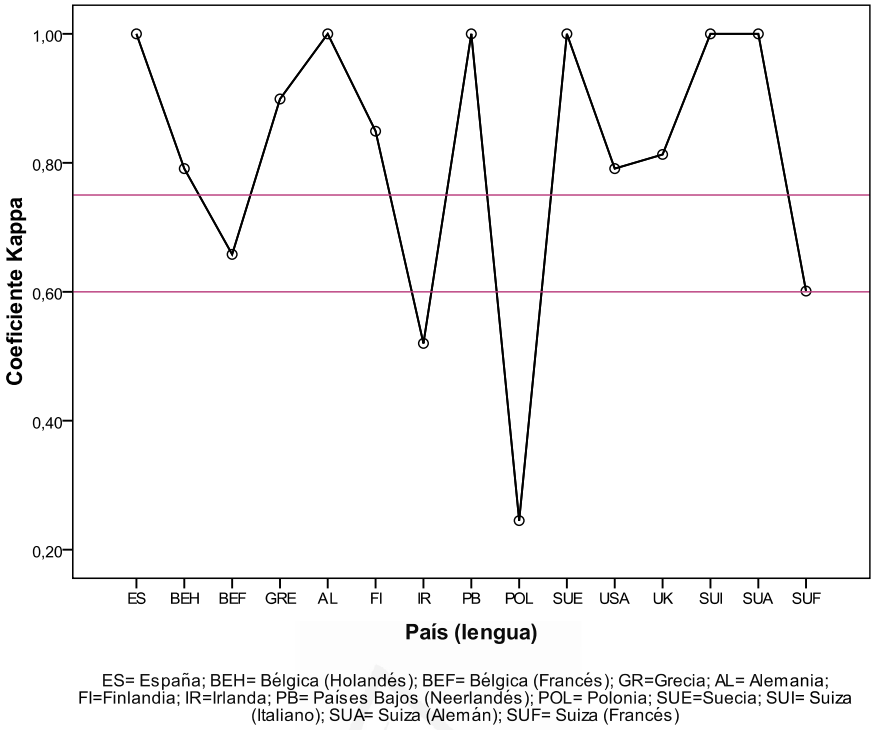


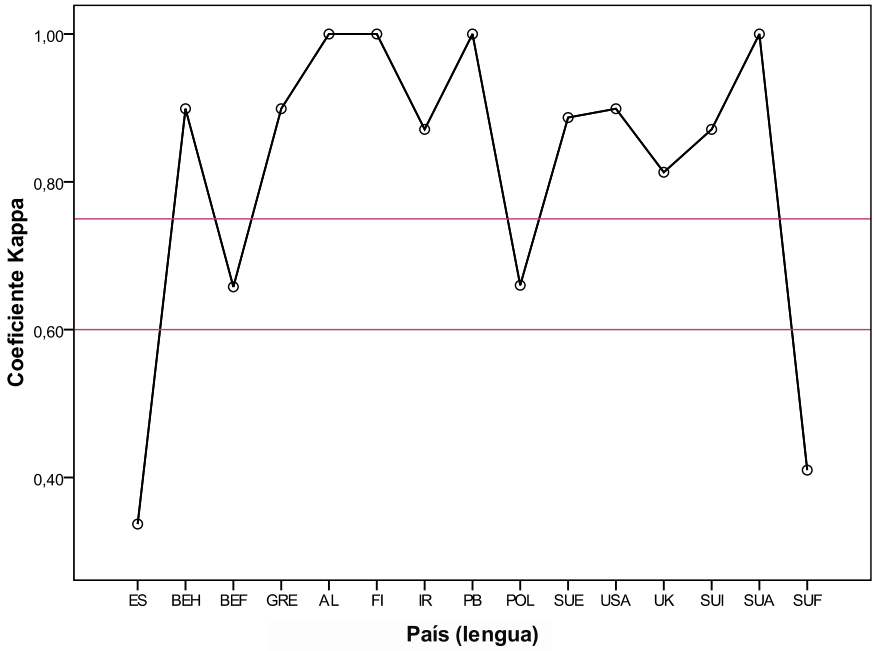
Figura 20. Ítem 9. Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes. K

El ítem 13 **"Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes"**, de las versiones de Suiza y España presentan coeficientes kappa < 0,60 y las de Bélgica (francés) y Polonia I-CVI<0,78 (Tabla 32 y Figura 21)

Tabla 32. Ítem 13. Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
España(Español)	10	5	0,50	0,246	0,34	Pobre
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Suecia (Sueco)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Francés)	9	5	0,56	0,246	0,41	Pobre
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Italiano)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
Reino Unido (Inglés británico)	11	9	0,82	0,027	0,81	Excelente
USA (Inglés americano)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 21. Ítem 13. Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes. K

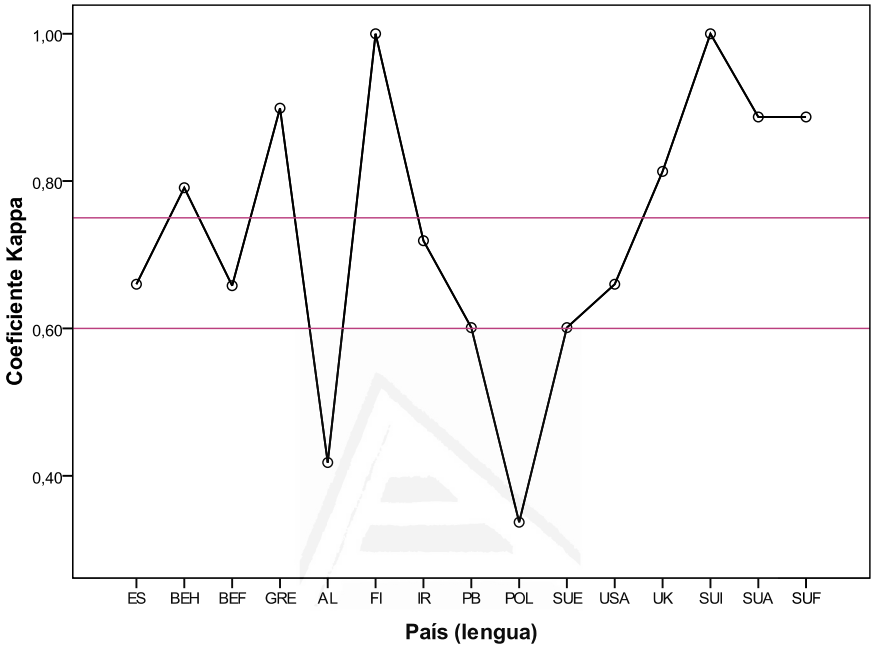
El ítem 16 **"El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución"**, de las versiones de Alemania y Polonia. Cinco del resto de las versiones europeas y la americana presentan un I-CVI < 0,78 (valoración buena) (Tabla 33 y Figura 22)

Tabla 33. Ítem 16. El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	3	0,60	0,313	0,42	Pobre
Bélgica (Holandés)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
España(Español)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	6	0,75	0,109	0,72	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	6	0,67	0,164	0,60	Buena
Polonia (Polaco)	10	5	0,50	0,246	0,34	Pobre
Suecia (Sueco)	9	6	0,67	0,164	0,60	Buena
Suiza (Francés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Alemán)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente

Tabla 33. Ítem 16. El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución (continuación)

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
Reino Unido (Inglés británico)	11	9	0,82	0,027	0,81	Excelente
USA (Inglés americano)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 22. Ítem 16. El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución. K

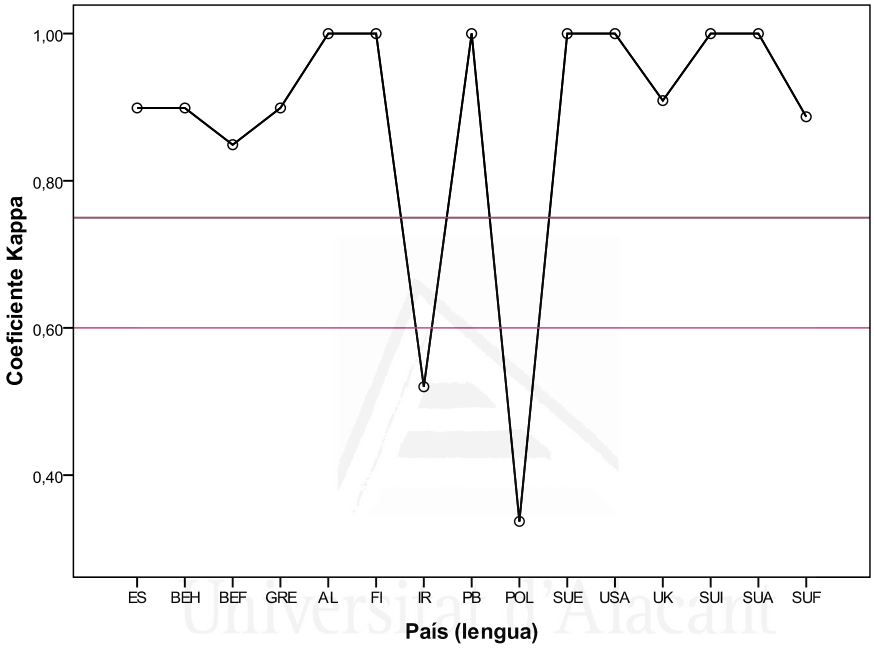
El Ítem 17 **"Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos"**, obtiene por todas las versiones la valoración de excelente a excepción de las versiones de Irlanda y Polonia (Tabla 34 y Figura 23)

Tabla 34. Ítem 17. Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
España (Español)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	5	0,63	0,219	0,52	Pobre
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	5	0,50	0,246	0,34	Pobre

Tabla 34 Ítem 17. Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos (continuación)

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Reino Unido (Inglés británico)	11	10	0,91	0,005	0,91	Excelente
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 23. Ítem 17. Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos. K

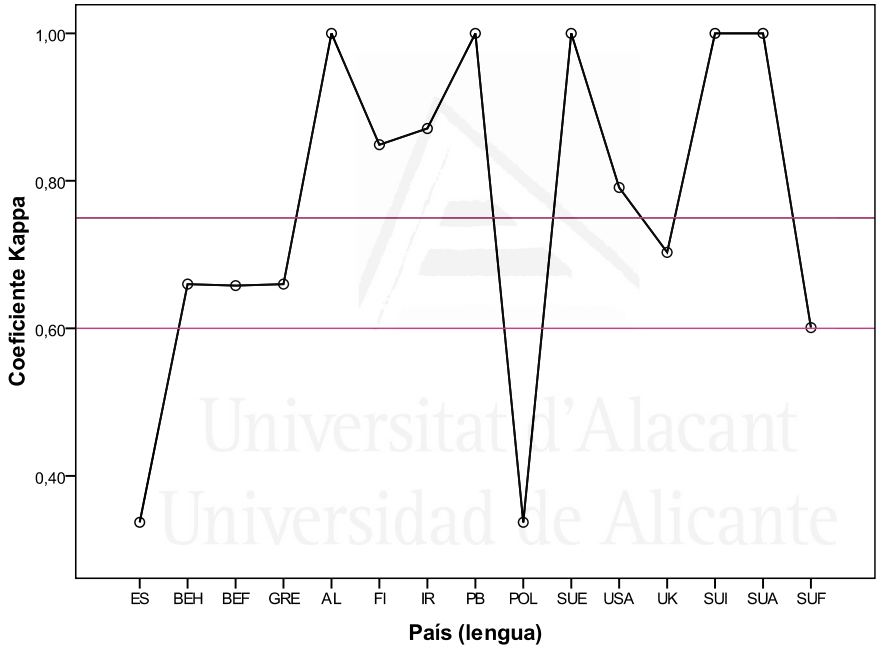
Ítem 18 **"Hay oportunidades de ascender"**: obtienen una VP las versiones de España y Polonia, 5 valoración pobre y el resto excelente (Tabla 35 y Figura 24)

Tabla 35. Ítem 18. Hay oportunidades de ascender

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
Bélgica (Holandés)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
España (Español)	10	5	0,50	0,246	0,34	Pobre
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Grecia (Griego)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente

Tabla 35. Ítem 18. Hay oportunidades de ascender (continuación)

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	5	0,50	0,246	0,34	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	8	0,73	0,081	0,70	Buena
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	6	0,67	0,164	0,60	Buena
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente



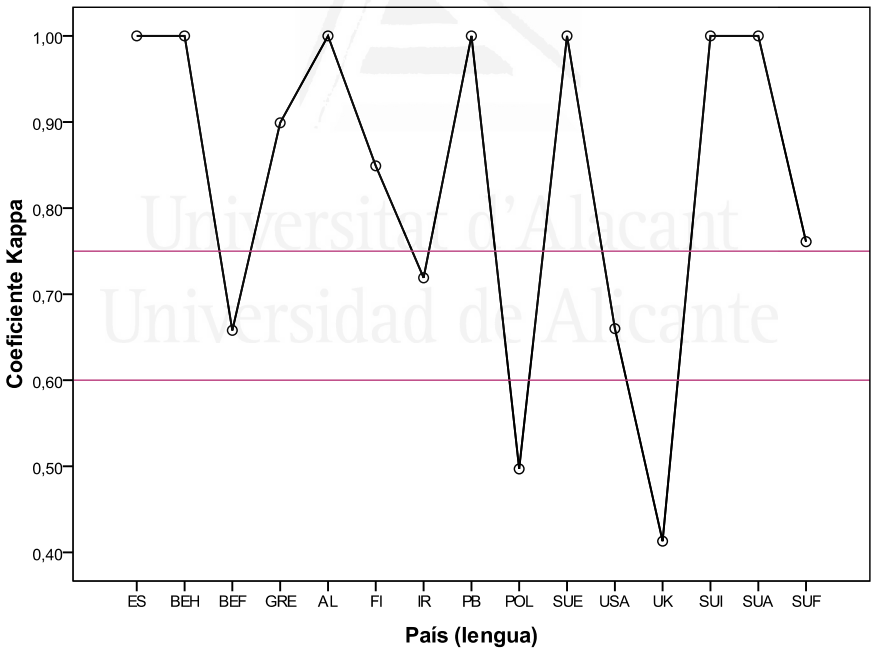
ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 24. Ítem 18. Hay oportunidades de ascender. K

Los Ítems 23 "**La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados**" y 31 "**Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes",** por las versiones de Reino Unido y Polonia. Además el ítem 31 también resulta con un coeficiente kappa por debajo de lo aceptable en el caso de la versión americana (Véanse Tabla 36 y Figura 25 y Tabla 37 y Figura 26, respectivamente)

Tabla 36. Ítem 23. La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
Bélgica (Holandés)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
España (Español)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	6	0,75	0,109	0,72	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	6	0,55	0,226	0,41	Pobre
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 25. Ítem 23. La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados. K

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 37. Ítem 31. Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
Bélgica (Holandés)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
España (Español)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Polonia (Polaco)	10	5	0,50	0,246	0,34	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	7	0,64	0,161	0,57	Pobre
Suecia (Sueco)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Alemán)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Francés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre

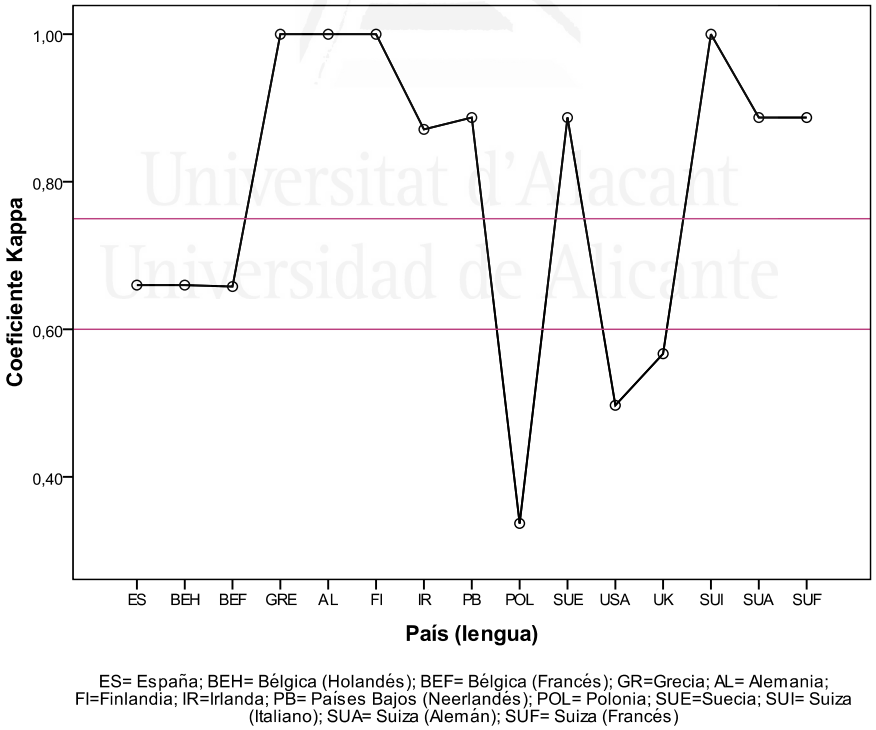


Figura 26. Ítem 31. Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes. K

- Ítems con 3 valoraciones pobres

El ítem 24 "**Existe un programa activo de garantía de la calidad"** y el ítem 32 "**Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados (p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)"** ambos de la Subescala 2 "*Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado*" presentan las VP en las versiones de Reino Unido y Polonia, Bélgica (Francés) en el ítem 24 e Irlanda en el ítem 32. Todos las demás versiones obtienen una buena validez de contenido según el I-CVI, salvo la de Suiza (francés) del ítem 32 que obtiene un I-CVI < 0,78. (Tabla 38, Figura 27, y Tabla 39 y Figura 28).

Tabla 38. Ítem 24. Existe un programa activo de garantía de la calidad

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	4	0,57	0,273	0,41	Pobre
Bélgica (Holandés)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
España (Español)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Grecia (Griego)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	6	0,75	0,109	0,72	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Polonia (Polaco)	10	5	0,50	0,246	0,34	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	6	0,55	0,226	0,41	Pobre
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

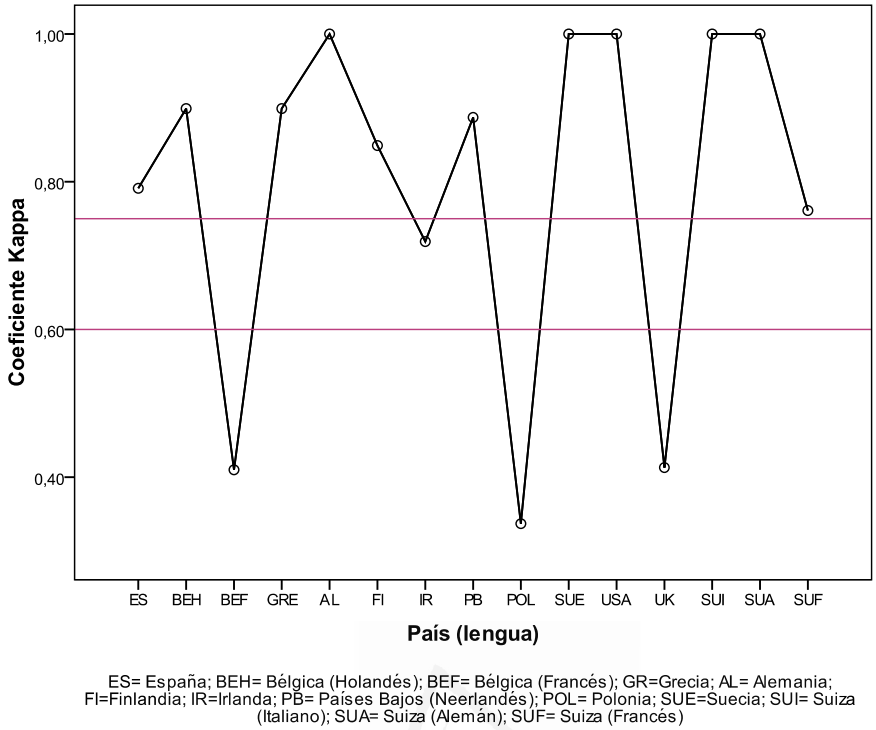


Figura 27. Ítem 24. Existe un programa activo de garantía de la calidad. K

Tabla 39. Ítem 32. Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
España (Español)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Grecia (Griego)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	4	0,50	0,273	0,31	Pobre
Países Bajos (Holandés)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Polonia (Polaco)	10	5	0,50	0,246	0,34	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	7	0,64	0,161	0,57	Pobre
Suecia (Sueco)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Alemán)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Suiza (Francés)	9	6	0,67	0,164	0,60	Buena
Suiza (Italiano)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
USA (Inglés americano)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

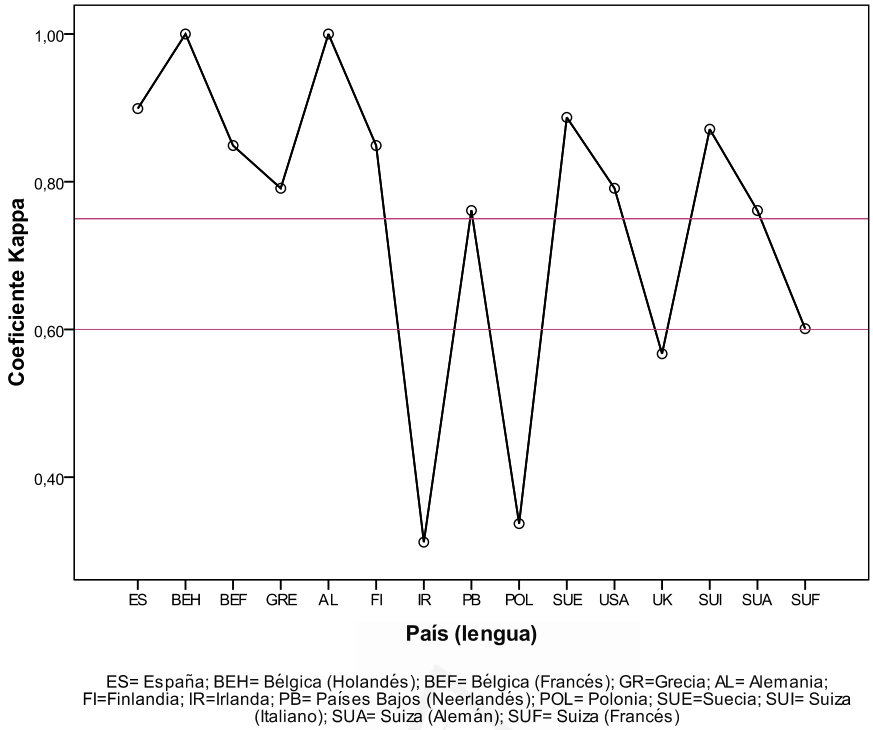


Figura 28. Ítem 32. Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados. K

- Ítems con 4 valoraciones pobres

El ítem 14 "**Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho**", de la subescala 3 *Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora,* son valorados por los expertos de las versiones de Bélgica (Francés), Irlanda, Polonia y Suiza (Francés) con pobre validez de contenido. Todos las demás versiones obtienen una buena validez de contenido según el I-CVI. (Tabla 40 y Figura 29).

Tabla 40. Ítem 14. Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	3	0,43	0,273	0,21	Pobre
Bélgica (Holandés)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
España(Español)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	5	0,63	0,219	0,52	Pobre
Países Bajos (Holandés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Polonia (Polaco)	10	5	0,50	0,246	0,34	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	10	0,91	0,005	0,91	Excelente
Suecia (Sueco)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente

Tabla 40. Ítem 14. Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho (continuación)

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Suiza (Francés)	9	5	0,56	0,246	0,41	Pobre
Suiza (Italiano)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
USA (Inglés americano)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente

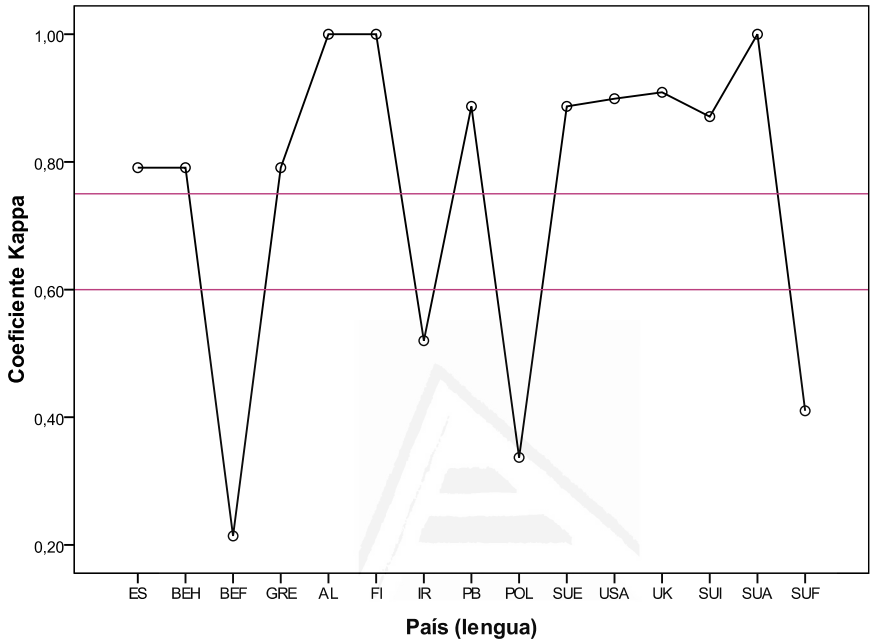


Figura 29. Ítem 14. Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho. K

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

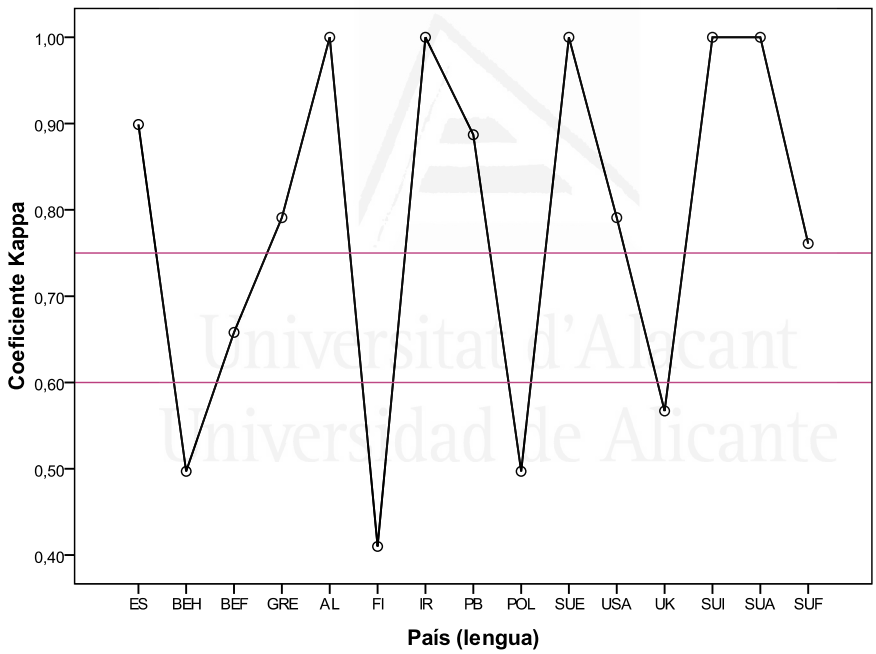
Los ítems 25 y 29 "**Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)**" y "**Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería**" respectivamente. Los países con VP del ítem 25 son Bélgica (Holandés) Finlandia, UK y Polonia. La versión de Bélgica (francés) obtiene un I-CVI de 0,71, con valoración buena del coeficiente kappa. (Tabla 41 y Figura 30).

Tabla 41. Ítem 25. Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
Bélgica (Holandés)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre
España (Español)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente

Tabla 41. Ítem 25. Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.) (continuación)

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Finlandia (Finlandés)	7	4	0,57	0,273	0,41	Pobre
Grecia (Griego)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Polonia (Polaco)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	7	0,64	0,161	0,57	Pobre
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 30. Ítem 25. Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.). K

En cuanto al Ítem 29, las versiones de Bélgica (Francés), Grecia, Reino Unido y Polonia son las que presentan los coeficientes kappa <0,60 y la versión holandesa de Bélgica obtiene un I-CVI < 0,78. (Tabla 42 y Figura 31)

Tabla 42. Ítem 29. Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	4	0,80	0,156	0,76	Excelente
Bélgica (Francés)	7	4	0,57	0,273	0,41	Pobre
Bélgica (Holandés)	10	7	0,70	0,117	0,66	Buena
España (Español)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,85	Excelente
Grecia (Griego)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Polonia (Polaco)	10	5	0,50	0,246	0,34	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	7	0,64	0,161	0,57	Pobre
Suecia (Sueco)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	8	0,89	0,018	0,89	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente

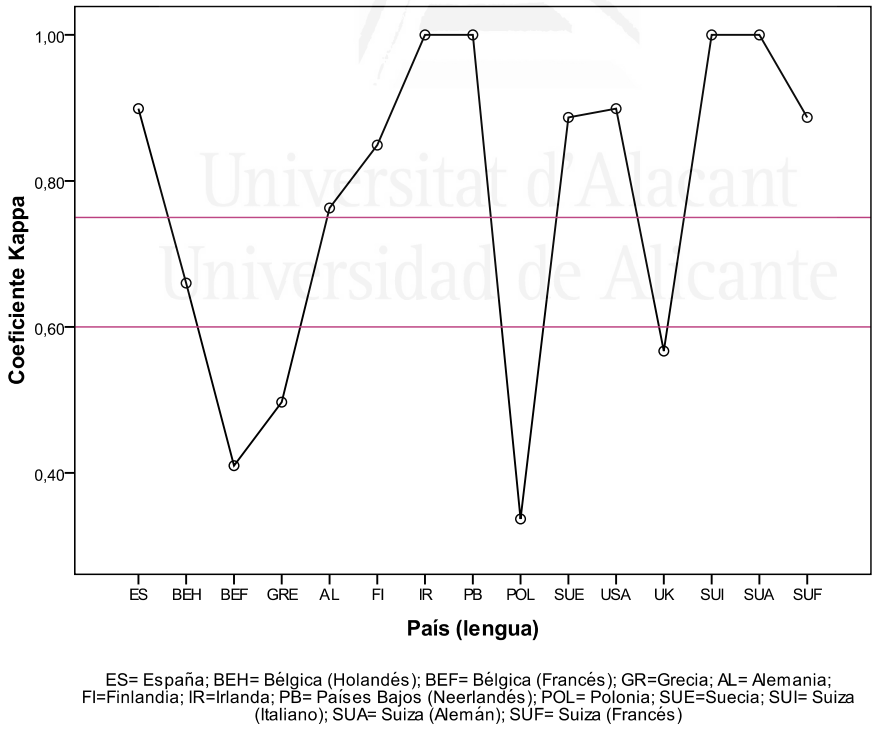


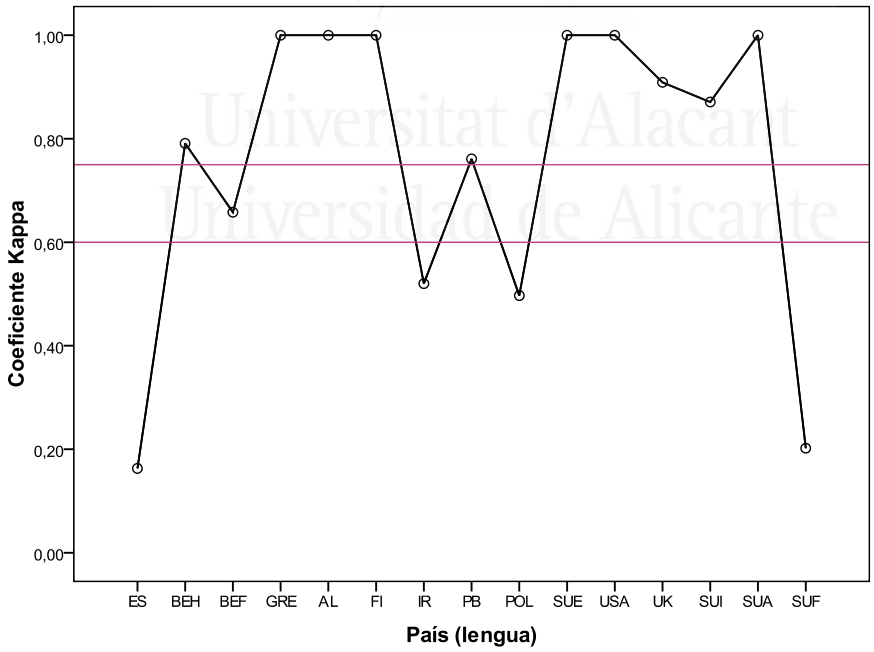
Figura 31. Ítem 29. Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería. K

Por último, el Ítem 30 "**Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima**" de la quinta subescala obtiene 4 VP de validez de contenido en las versiones de España,

Irlanda, Suiza (Francés) y Polonia y la versión de Bélgica (francés) obtiene un I-CVI de 0,71, con valoración buena del coeficiente kappa (Tabla 43 y Figura 32)

Tabla 43. Ítem 30. Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,66	Buena
Bélgica (Holandés)	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
España (Español)	10	2	0,20	0,044	0,16	Pobre
Finlandia (Finlandés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
Grecia (Griego)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	5	0,63	0,219	0,52	Pobre
Países Bajos (Holandés)	9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente
Polonia (Polaco)	10	6	0,60	0,205	0,50	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	10	0,91	0,005	0,91	Excelente
Suecia (Sueco)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Alemán)	9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
Suiza (Francés)	9	3	0,33	0,164	0,20	Pobre
Suiza (Italiano)	8	7	0,88	0,031	0,87	Excelente
USA (Inglés americano)	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 32. Ítem 30. Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima. K

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Ítems con 5 valoraciones pobres

Los ítems 6: "**Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital**" y el 11: "**El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal**", ambos de la subescala 1: "*participación de las enfermeras en asuntos del hospital"* son los que más presentan VP. Si observamos la Tabla 44 y Figura 33 correspondientes al ítem 6, las versiones de Finlandia, Grecia, Polonia, Reino Unido y la de Suiza (francés) son las que obtienen un coeficiente kappa inferior a 0,60 y las dos versiones de Bélgica obtienen buenas valoraciones pero su I-CVI está por debajo de la validez aceptable.

Tabla 44. Ítem 6. Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital

País (idioma)	**NE**	**A**	**I-CVI**	p_c	***K***	**Valoración (P)**
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Francés)	7	5	0,71	0,164	0,658	Buena
Bélgica (Holandés)	10	7	0,70	0,117	0,660	Excelente
España(Español)	10	9	0,90	0,010	0,899	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	4	0,57	0,273	0,410	Pobre
Grecia (Griego)	10	5	0,50	0,246	0,337	Pobre
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	7	0,88	0,031	0,871	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	8	0,89	0,018	0,887	Excelente
Polonia (Polaco)	10	5	0,50	0,246	0,337	Pobre
Reino Unido (Inglés británico)	11	7	0,64	0,161	0,567	Pobre
Suecia (Sueco)	9	8	0,89	0,018	0,887	Excelente
Suiza (Alemán)	9	8	0,89	0,018	0,887	Excelente
Suiza (Francés)	9	4	0,44	0,246	0,263	Pobre
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	4	0,40	0,205	0,245	Pobre

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

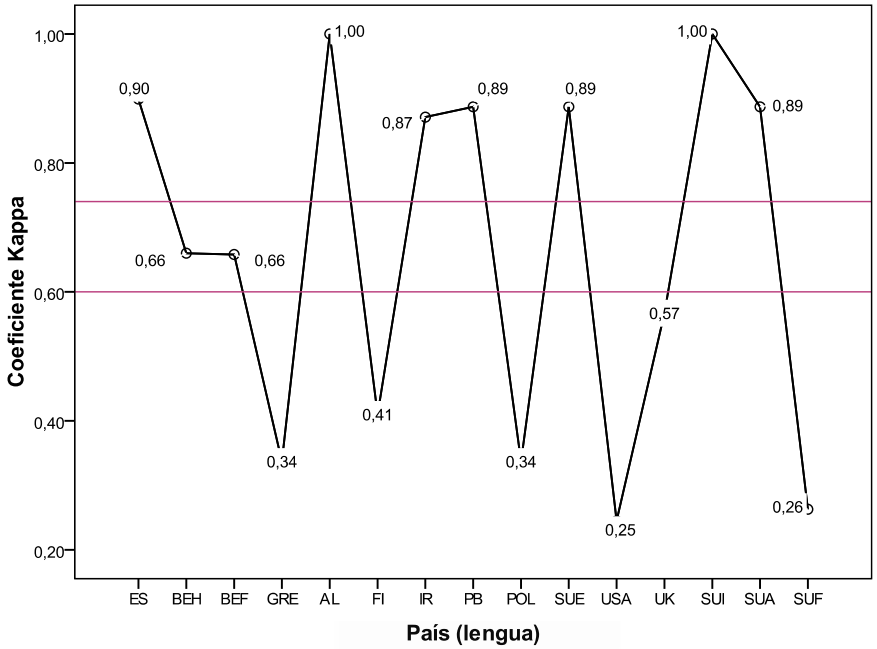


Figura 33. Ítem 6. Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital. K

En relación al ítem 11 la Tabla 45 y Figura 34 muestran que las valoraciones pobres se dan en las versiones de Irlanda, Países Bajos, Suecia, UK y Suiza (Alemán). Las versiones de Grecia y Polonia presentan I-CVI < 0,78, con valoración buena de validez de contenido.

Tabla 45. Ítem 11. El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal.

País (idioma)	NE	A	I-CVI	p_c	*K*	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	5	1,00	0,031	1,00	Excelente
Bélgica (Holandés)	10	9	0,90	0,010	0,899	Excelente
Bélgica (Francés)	7	7	1,00	0,008	1,00	Excelente
España(Español)	10	8	0,80	0,044	0,791	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	6	0,86	0,055	0,849	Excelente
Grecia (Griego)	10	7	0,70	0,117	0,660	Buena
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	4	0,50	0,273	0,312	Pobre
Países Bajos (Holandés)	9	5	0,56	0,246	0,410	Pobre
Polonia (Polaco)	10	7	0,70	0,117	0,660	Buena
Reino Unido (Inglés británico)	11	7	0,63	0,161	0,567	Pobre
Suecia (Sueco)	9	4	0,44	0,246	0,263	Pobre
Suiza (Alemán)	9	5	0,56	0,246	0,410	Pobre
Suiza (Francés)	9	8	0,89	0,018	0,887	Excelente
Suiza (Italiano)	8	8	1,00	0,004	1,00	Excelente
USA (Inglés americano)	10	5	0,50	0,246	0,337	Pobre

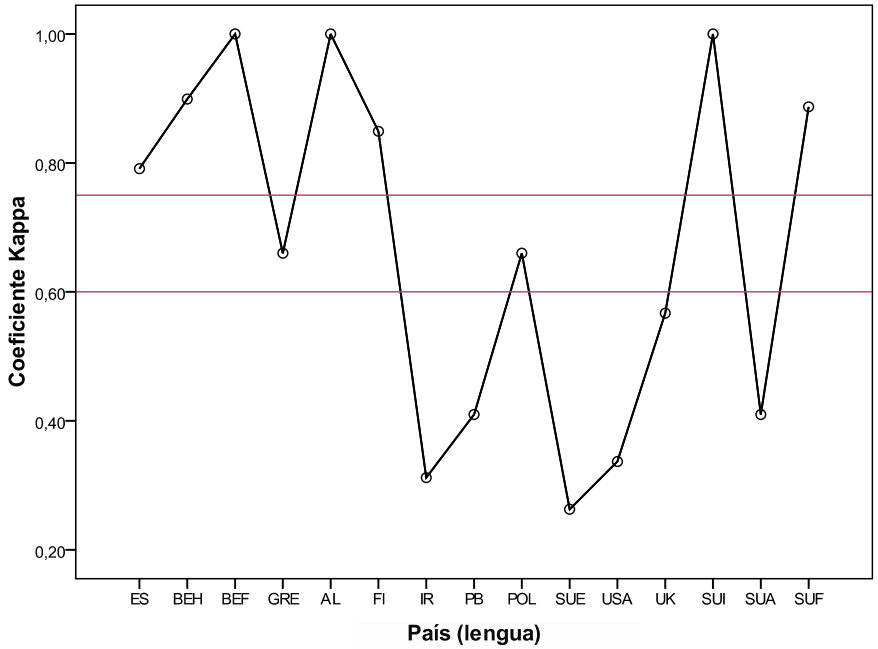


Figura 34. Ítem 11. El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal. K

En la Tabla 46 se presentan todas las puntuaciones de la validez de contenido de los IPP presentando las valoraciones en función del criterio establecido por Fleiss en 1981 donde establece que el coeficiente Kappa es pobre < 0.40 y débil = 0.40-0.59.

Tabla 46. Ítems del PES-NWI potencialmente problemáticos por país (idioma)

Ítem	País	Idioma	NE	A	I-CVI	*Pc*	*K*	Valoración (F)
1	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil
2	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
3	Polonia	Polaco	10	4	0,40	0,21	0,25	Pobre
5	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Suiza	Francés	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
6	Grecia	Griego	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Finlandia	Finlandés	7	4	0,57	0,27	0,41	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil
	Suiza	Francés	9	4	0,44	0,25	0,26	Pobre
7	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	España	Español	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
8	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 46. Ítems del PES-NWI potencialmente problemáticos por país (idioma) (continuación)

Ítem	País	Idioma	NE	A	I-CVI	*Pc*	*K*	Valoración (F)
9	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	Polonia	Polaco	10	4	0,40	0,21	0,25	Pobre
11	Irlanda	Irlandés	8	4	0,50	0,27	0,31	Pobre
	Países Bajos	Holandés	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
	Suecia	Sueco	9	4	0,44	0,25	0,26	Pobre
	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil
	Suiza	Alemán	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
13	Suiza	Francés	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
	España	Español	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
14	Bélgica	Francés	7	3	0,43	0,27	0,21	Pobre
	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Suiza	Francés	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
16	Alemania	Alemán	5	3	0,60	0,31	0,42	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
17	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
18	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	España	Español	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
19	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
21	Suiza	Francés	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
22	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
23	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
	Reino Unido	Inglés	11	6	0,55	0,23	0,41	Débil
24	Bélgica	Francés	7	4	0,57	0,27	0,41	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Reino Unido	Inglés	11	6	0,55	0,23	0,41	Débil
25	Bélgica	Holandés	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
	Finlandia	Finlandés	7	4	0,57	0,27	0,41	Débil
	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
	Reino Unido	Inglés	11	7	,64	0,16	0,57	Débil
26	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
27	Reino Unido	Inglés	11	6	0,55	0,23	0,41	Débil
28	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
29	Bélgica	Francés	7	4	0,57	0,27	0,41	Débil
	Grecia	Griego	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 46. Ítems del PES-NWI potencialmente problemáticos por país (idioma) (continuación)

Ítem	País	Idioma	NE	A	I-CVI	*Pc*	*K*	Valoración (F)
30	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
	Suiza	Francés	9	3	0,33	0,16	0,20	Pobre
	España	Español	10	2	0,20	0,04	0,16	Pobre
31	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil
32	Irlanda	Irlandés	8	4	0,50	0,27	0,31	Pobre
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil

Análisis de las puntuaciones del I-CVI en relación con el Kappa y número de expertos

Al analizar las puntuaciones obtenidas de todos los I-CVI (n=448) y su valoración en función del coeficiente kappa modificado, los ítems valorados con la categoría de excelente presentan una media del CVI de 0,93, los valorados como buenos una media de 0,71 y los valorados como pobres una media de 0,55. (Los datos descriptivos y representación gráfica se muestran en la Tabla 47 y Figura 35)

Tabla 47. Puntuaciones del I-CVI en función de la valoración del K

Valoración (P)	Media (DE)	Min.	Max.	Mediana
Excelente (n=348)	0,95 (0,08)	0,78	1,00	0,90
Buena (n=66)	0,71 (0,02)	0,67	0,75	0,70
Pobre (n=66)	0,55 (0,08)	0,20	0,64	0,57

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

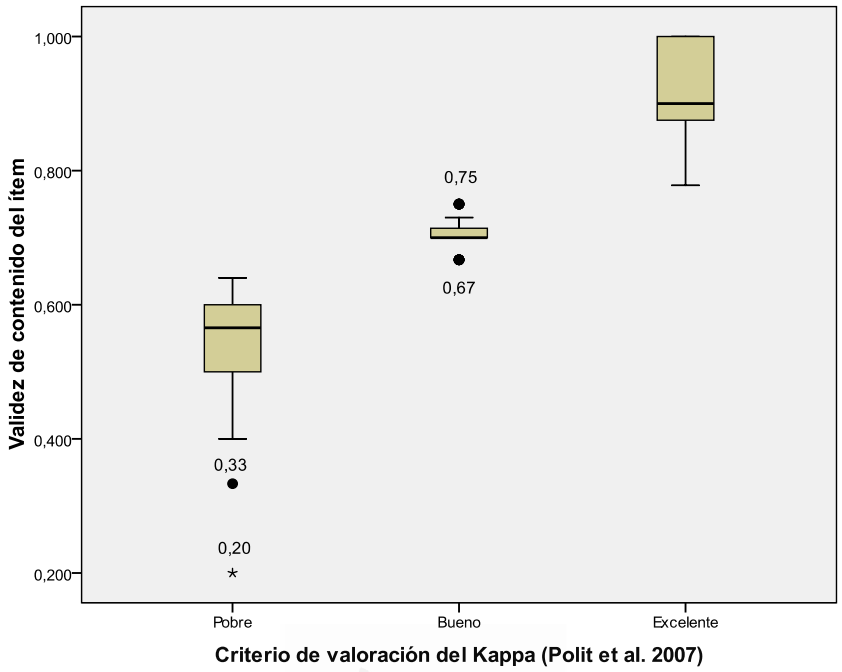


Figura 35. I-CVI y valoración coeficiente Kappa

Dado que las versiones han sido valoradas por distinto número de expertos, se presentan las medias de las puntuaciones del I-CVI en función del número de expertos y la valoración del Kappa obtenida. El valor del I-CVI presenta diferencias estadísticamente significativas en las categorías buena y excelente, en los ítems analizados por un número de expertos mayor o igual a 10 las medias del I-CVI son menores con respectos a los valorados por menos de 10. Dichas diferencias aumentan de mayor a menor valoración del kappa (Tabla 48).

Tabla 48. Relación del I-CVI con el K y el nº de expertos

Valoración (P)	NE	n	Media	DE	p
Excelente	<10	230	0,94	0,07	
	≥10	118	0,89	0,08	<0,001
				t -Student=5,76; gl=231,23	
Buena	<10	34	0,710	0,030	
	≥10	32	0,703	0,008	0,006
				U de Mann-Whitney=339	
Pobre	<10	24	,552	0,076	
	≥10	42	,545	0,087	0,743

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Análisis por subescalas

A continuación se presenta la comparación de las subescalas en función del criterio de valoración del K de Polit et al. 2007 y posteriormente la comparación de la valoración global de las subescalas, comparando sus S-CVI, la representación gráfica de los valores del coeficiente kappa obtenidos por las distintas versiones del instrumento.

Comparación global de las subescalas en función del coeficiente kappa modificado[4]

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las 5 subescalas (Chi-cuadrado=25,26; gl: 8; p=0,001), siendo las subescalas 1 "P*articipación de las enfermeras en asuntos del hospital"* y la 5 *"Relaciones entre enfermeras y médicos"*, las que presentan en un mayor porcentaje de ítems con valoraciones pobres 23,2% (n=26) y 13,3% (n=13), respectivamente (Tabla 49).

Tabla 49. Comparación de las subescalas según del criterio de valoración del Kappa (P)

	Valoración Kappa			
Subescala	**Pobre**	**Buena**	**Excelente**	**Total**
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital [n (%)]	26 (23,2)	21 (18,8)	65 (58,0)	112
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado [n (%)]	11 (8,7)	16 (12,7)	99 (78,6)	126
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora [n (%)]	6 (10,7)	3 (5,4)	47 (83,9)	56
Dotación de personal y recursos [n (%)]	5 (8,9)	11 (19,6)	40 (71,4)	56
Relaciones entre enfermeras y médicos [n (%)]	13 (13,3)	8 (8,2)	77 (78,6)	98
Total	61 (13,6)	59 (13,2)	328 (73,2)	448

Comparación de las puntaciones medias de I-CVI por subescalas y países (idioma) [5]

Subescala 1. Participación de las enfermeras en asuntos del hospital

Toda las versiones, salvo la v. en italiano de Suiza, presentan el total de IPP (n=26), sin embargo, si se observa la Tabla 50, seis de ellas: Bélgica (francés y holandés), Grecia,

[4] Estos análisis se han realizado sin los datos de la versión de USA, sin embargo se incorporan a las tablas y figuras como información de referencia.

[5] Estos análisis se han realizado sin las puntuaciones relativas a la versión de USA, se incorporan a las tablas y figuras como información de referencia.

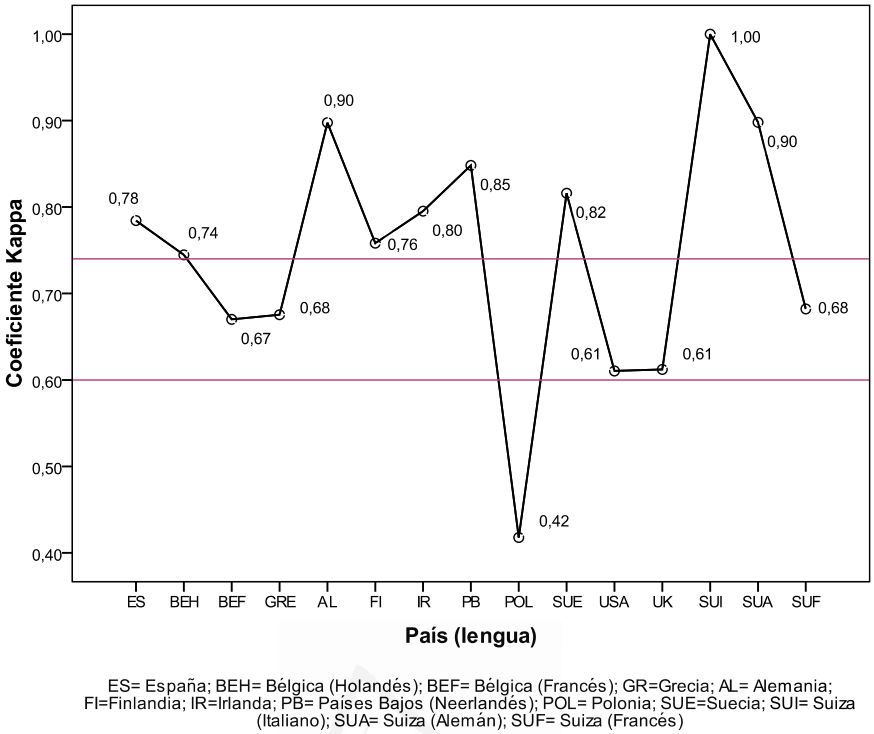
Polonia, Reino Unido, Suiza (francés), presentan promedios de los I-CVI, de los ocho ítems de la subescala 1, inferiores a 0,8. Incluso la versión en inglés americano también presenta un S-CVI inferior a la validez mínima establecida siendo de 0,68.
Las medias de las puntuaciones de los I-CVI de esta subescala (n=112), presentan diferencias estadísticamente significativas (Prueba ANOVA: F=5,33; gl= 13; p<0,001).

Tabla 50. S-CVI. Subescala 1. Participación de las enfermeras en asuntos del hospital

País (idioma)	NE	S-CVI	IPP	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	0,92	16	Excelente
Bélgica (Francés)	10	0,73	29	Buena
Bélgica (Holandés)	7	0,78	25	Excelente
España (Español)	10	0,81	18	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	0,80	6 y 25	Excelente
Grecia (Griego)	10	0,73	6 y 29	Buena
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	0,83	11	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	0,88	11	Excelente
Polonia (Polaco)	10	0,55	5,6,16,18,23,25,29	Pobre
Reino Unido (Inglés Británico)	11	0,67	6,11,23,25	Buena
Suecia (Sueco)	9	0,85	11	Excelente
Suiza (Alemán)	8	0,92	11	Excelente
Suiza (Francés)	9	0,74	5 y 6	Buena
Suiza (Italiano)	9	1,00	-	Excelente
USA (Inglés americano)	10	0,68	5,6,11	Buena

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Si analizamos la validez de contenido a través de las puntuaciones medias del coeficiente kappa modificado, todas las versiones del instrumento, salvo Polonia, obtienen un K bueno o excelente, oscilando desde 0,61 de Reino Unido, a 1,00 de Suiza (italiano) (Figura 36)



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 36. Subescala 1. Participación de las enfermeras en asuntos del hospital. K

Subescala 2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado

Cuatro de las versiones, Polonia, Bélgica (francés), Reino Unido e Irlanda presentan los 11 IPP de esta subescala. La versión polaca, con 5 IPP de los 9 ítems, de la subescala es la obtiene un S-CVI más bajo (0,62). Las v. de Bélgica (francés) y la de UK, se aproximan al valor mínimo con 1 y 4 IPP respectivamente (Tabla 51). La versión de Reino Unido obtiene una validez global aceptable pero presenta 4 de los 9 ítems con valoraciones pobres.

Tabla 51. S-CVI. Subescala 2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado

País (idioma)	NE	S-CVI	IPP	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	1,00	-	Excelente
Bélgica (Francés)	10	0,78	24	Buena
Bélgica (Holandés)	7	0,90		Excelente
España (Español)	10	0,86	-	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	0,87	-	Excelente
Grecia (Griego)	10	0,87	-	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	0,86	32	Excelente
Países Bajos (Holandés)	9	0,89	-	Excelente
Polonia (Polaco)	10	0,62	19, 24, 28, 31, 32	Pobre
Reino Unido (Inglés Británico)	11	0,77	24, 27, 31, 32	Buena
Suecia (Sueco)	9	0,98		Excelente
Suiza (Alemán)	8	0,89	-	Excelente
Suiza (Francés)	9	0,83	-	Excelente
Suiza (Italiano)	9	0,99	-	Excelente
USA (Inglés americano)	10	0,82	31	Excelente

Como ocurría en la subescala anterior, las puntuaciones medias de los I-CVI (n=126), presenta diferencias estadísticamente significativas (Prueba Kruskal-Wallis: Chi-cuadrado=54,94; gl: 13; p<0,001), la media coeficiente kappa, se comporta de forma similar, aislando a Polonia con pobre validez de contenido (K=0,53). Todas las versiones salvo la de UK y Bélgica (francés) obtienen valores > 0,74. (Figura 37).

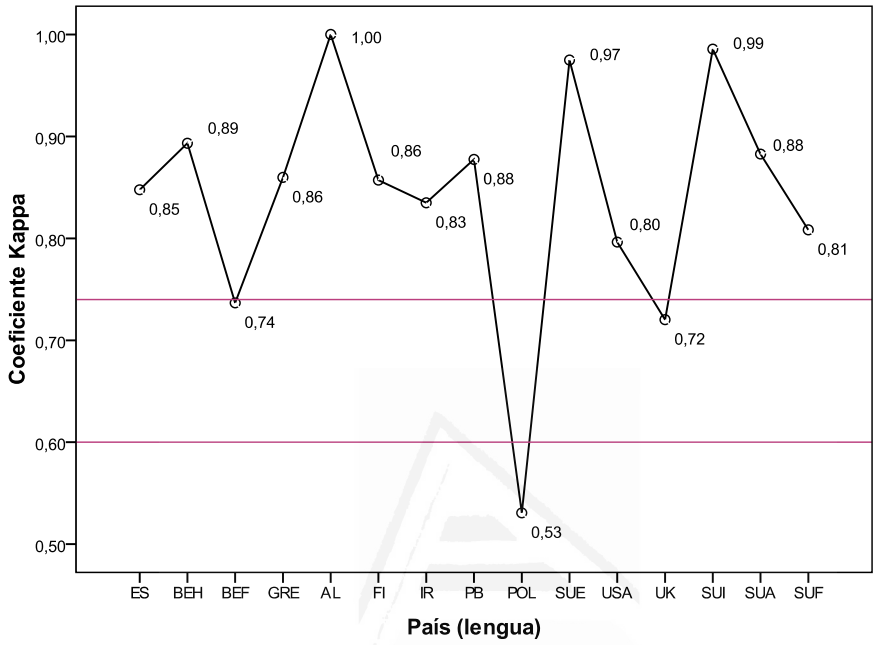


Figura 37. Subescala 2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado. K

Subescala 3. Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora

Las versiones de Bélgica (francés), Irlanda y Polonia no alcanzan la puntuación mínima de validez de contenido global, estas presentan 2 de los 4 ítems de la subescalas valoraciones pobres. Las versiones en francés de Bélgica y Suiza, la primera no obtienen la puntuación mínima de S-CVI y la segunda sí, presentan 1 IPP (Ítem 14. Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho) (Tabla 52)

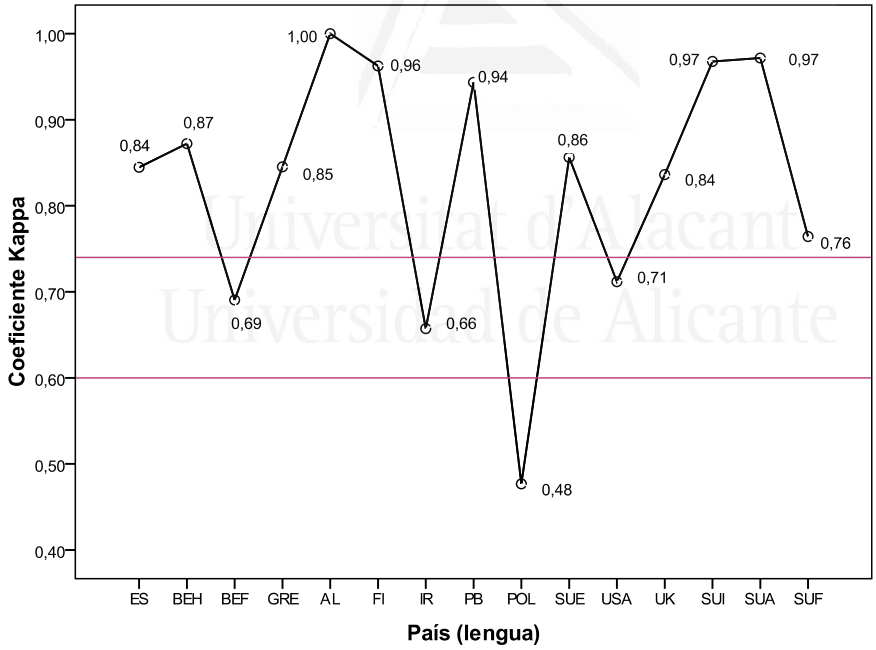
Tabla 52. S-CVI. Subescala 3. Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora

País (idioma)	NE	S-CVI	IPP	Valoración (P)*
Alemania (Alemán)	5	1,00	-	Excelente
Bélgica (Francés)	10	0,75	14	Buena
Bélgica (Holandés)	7	0,88	-	Excelente
España (Español)	10	0,85	-	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	0,97	-	Excelente
Grecia (Griego)	10	0,85	-	Excelente

Tabla 52. S-CVI. Subescala 3. Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora (continuación)

País (idioma)	NE	S-CVI	IPP	Valoración (P)*
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	0,72	14 y 22	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	0,94	-	Excelente
Polonia (Polaco)	10	0,58	19, 24, 28, 31, 32	Pobre
Reino Unido (Inglés Británico)	11	0,84	-	Excelente
Suecia (Sueco)	9	0,86	-	Excelente
Suiza (Alemán)	8	0,97	-	Excelente
Suiza (Francés)	9	0,81	14	Excelente
Suiza (Italiano)	9	0,97	-	Excelente
USA (Inglés americano)	10	0,75	10	Buena

Las medias de las puntuaciones de los I-CVI (n=56), presenta diferencias estadísticamente significativas (Prueba Kruskal-Wallis: Chi-cuadrado=34,1; gl: 13; p=0,001). Si observamos la Figura 38, Polonia obtiene de nuevo una pobre validez de contenido pobre (K=0,48). Las versiones de Bélgica (francés) e Irlanda obtienen puntuaciones medias del K de 0,69 y 0,66 respectivamente, el resto obtiene una valoración de excelente.



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 38. Subescala 3. Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora. K.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Subescala 4. Dotación de personal y recursos.

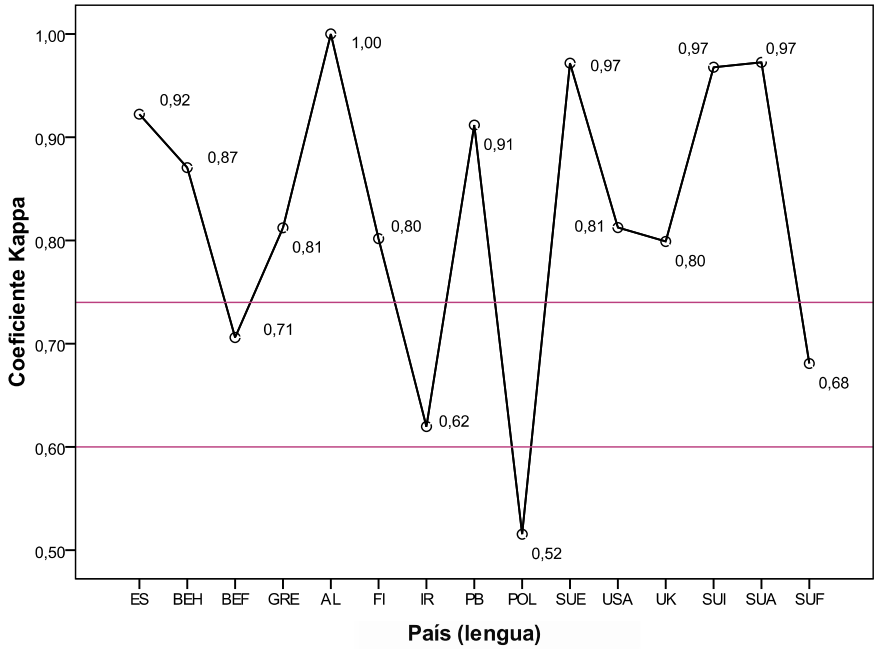
Las versiones de Irlanda y Polonia, presentan puntuaciones del S-CVI por debajo de la validez aceptable, estas versiones, presentan 2 de los 4 ítems de la subescala con valoraciones pobres. En el caso de la v. de Bélgica (francés), no presenta IPP pero obtiene un S-CVI de 0,75. La de v. de UK, por el contrario, presenta un IPP, pero sí alcanza la puntuación mínima de validez de contenido.

Tabla 53. S-CVI. Subescala 4. Dotación de personal y recursos

País (idioma)	NE	S-CVI	IPP	Valoración (P)*
Alemania (Alemán)	5	1,00	-	Excelente
Bélgica (Francés)	10	0,75	-	Buena
Bélgica (Holandés)	7	0,88	-	Excelente
España (Español)	10	0,93	-	Excelente
Finlandia (Finlandés)	7	0,82	-	Excelente
Grecia (Griego)	10	0,83	-	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	0,69	8 y 9	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	0,92	-	Excelente
Polonia (Polaco)	10	0,60	8 y 9	Pobre
Reino Unido (Inglés Británico)	11	0,82	1	Excelente
Suecia (Sueco)	9	0,97	-	Excelente
Suiza (Alemán)	8	0,97	-	Excelente
Suiza (Francés)	9	0,72	-	Buena
Suiza (Italiano)	9	0,97	-	Excelente
USA (Inglés americano)	10	0,83	-	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Las medias de las puntuaciones de los I-CVI (n=56) también presentan diferencias estadísticamente significativas (Prueba ANOVA: F=7,60; gl= 13; p<0,001). Salvo Polonia, todas las versiones obtienen una media del K bueno o excelente. Las versiones con valoración buena son Irlanda (0,62) y las dos v. en francés de Suiza y Bélgica (0,68 y 0,71, respectivamente).



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 39. Subescala 4. Dotación de personal y recursos. K

Subescala 5. Relaciones entre enfermeras y médicos

El 57% (n=8) de las 14 versiones, obtienen una elevada validez de contenido (S-CVI>0,9) (Tabla 54). Del resto, 5 v.: España, Irlanda, Polonia y Suiza (francés son las que han presentado los 13 IPP y las puntuaciones del S-CVI < 0,80.

Tabla 54. S-CVI. Subescala 5. Relaciones entre enfermeras y médicos

País (idioma)	NE	S-CVI	IPP	Valoración (P)
Alemania (Alemán)	5	1,00	-	Excelente
Bélgica (Francés)	10	0,82	-	Excelente
Bélgica (Holandés)	7	0,86	-	Excelente
España (Español)	10	0,69	7, 13, 30	Buena
Finlandia (Finlandés)	7	1,00	-	Excelente
Grecia (Griego)	10	0,96	-	Excelente
Irlanda (Inglés-Irlandés)	8	0,75	7 y 17	Buena
Países Bajos (Holandés)	9	0,95	-	Excelente
Polonia (Polaco)	10	0,63	2, 17, 26, 30	Pobre
Reino Unido (Inglés Británico)	11	0,95	-	Excelente
Suecia (Sueco)	9	0,98	-	Excelente
Suiza (Alemán)	8	1,00	-	Excelente
Suiza (Francés)	9	0,68	13 y 30	Buena
Suiza (Italiano)	9	0,95	-	Excelente
USA (Inglés americano)	10	0,96	-	Excelente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Las medias de las puntuaciones de los I-CVI (n=98), presenta diferencias estadísticamente significativas (Prueba Kruskal-Wallis: Chi-cuadrado=67,9; gl: 13; p=0,001).

La validez de contenido, en función de las puntuaciones medias del kappa modificado, la obtienen todas las versiones del instrumento, salvo Polonia, obtienen un K bueno (3 v.) o excelente (10 v.), oscilando entre un 0,61 de Suiza (francés) a un 1,00 de Suiza (alemán), Finlandia y Alemania (Figura 40).

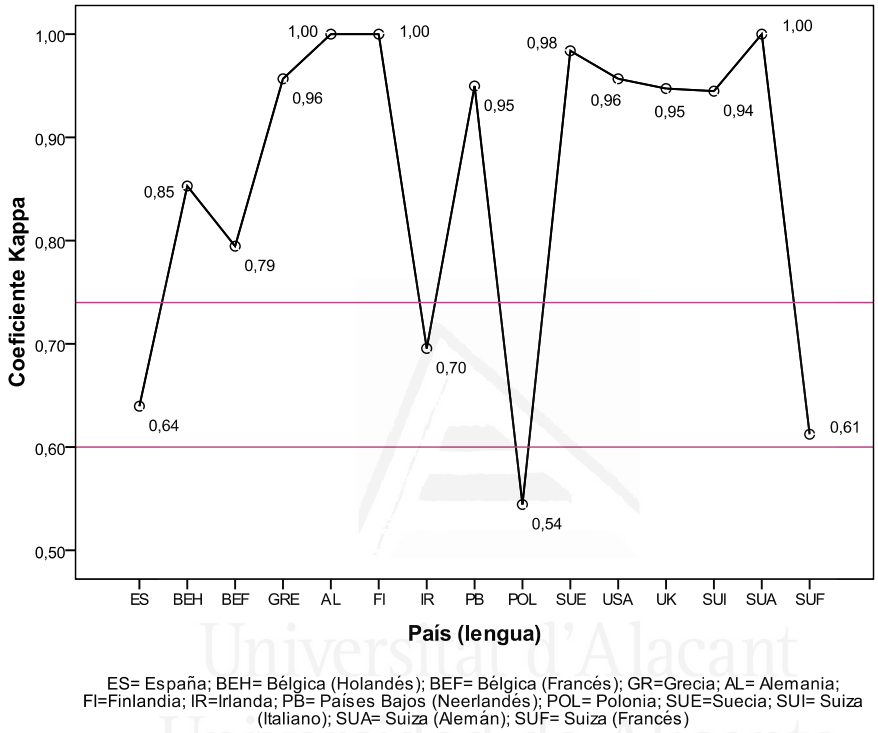


Figura 40. Subescala 5. Relaciones entre enfermeras y médicos. K

En el Anexo 8 se agrupan los indicadores de validez de contenido de los IPP por subescala y versiones del instrumento.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

DISCUSIÓN

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El presente estudio ha analizado la validez de contenido, a través del *Content Validity Indexing*, de catorce versiones lingüísticas del *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI), del ámbito europeo. De ellas once obtienen una buena validez de contenido, lo que confirma la adaptación del cuestionario a distintos entornos y en consecuencia su carácter robusto de medida. En los resultados, se observa que las puntuaciones de elevada validez de contenido fueron obtenidas en las versiones de Alemania, Países Bajos (holandés), Suecia, y las versiones en italiano y en alemán de Suiza. Los estudios encontrados en la literatura, que han realizado la adaptación transcultural de PES-NWI o el NWI-R en otros idiomas fueron: español (De Pedro Gómez et al., 2009), francés (McCusker et al., 2004), chino (Chiang & Lin, 2009), islandés(Gunnarsdóttir et al., 2009), portugués (Gasparino & Guirardello, 2009), australiano (Middleton, Griffiths, Fernandez, & Smith, 2008) y holandés (Van Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans, & de Heyning, 2009). De todos ellos sólo la versión en chino, realizó el análisis de la validez de contenido del PES-NWI, con el CVI, obteniendo una puntuación global de la escala de 0,94; la valoración fue realizada por un total de 5 expertos.

Dos de las versiones, la de Bélgica (francés) y la de Suiza (francés), alcanzan una puntuación del S-CVI al borde de la validez aceptable (puntuación mínima de 0,80), pero sí obtienen una valoración según la media del coeficiente kappa modificado de "buena". Sin embargo, la versión de Polonia, no alcanza la validez de contenido adecuada y la valoración según el K es "pobre". La explicación de esta diferencia se atribuye al momento en el que se establece por distintos países de la Unión europea, el título oficial de "enfermera responsable de cuidados generales". Según el REAL DECRETO 1837/2008, de 8 de noviembre por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales (REAL DECRETO 56/2005, 1837/2008), Polonia establece la titulación de Enfermería recientemente, en el año 2004, quedando por tanto el nivel académico y de profesionalización de los enfermeros polacos sin equipararse todavía al contexto del resto de la UE ni al de EEUU. En la Tabla 55 se han reflejado los años de la incorporación a la directiva comunitaria de cada país participante.

Tabla 55. Reconocimiento del Título enfermera responsable de cuidados generales

País	Fecha
Alemania	29 /06/1979
Bélgica	29 /06/1979
España	01/01/1986
Finlandia	01/01/1994
Grecia	01/01/1981
Irlanda	29 /06/1979
Países Bajos	29 /06/1979
Polonia	01/05/2004
Reino Unido	29 /06/1979
Suecia	01/01/1994

Por otra parte, a la luz de los resultados obtenidos en la versión de Polonia, el equipo responsable del proceso de adaptación de los instrumentos, decidió llevar a cabo un estudio piloto antes de continuar con el proyecto RN4CAST. El estudio piloto fue de gran interés pues dio lugar a modificaciones adicionales del instrumento (Squires, Aiken, Van den Heede, & Sermeus, (In press)). Por tanto, el caso de Polonia, podría ser indicativo de la necesidad de analizar la validez de contenido con el CVI en esta fase del proceso de adaptación de instrumentos y la realización de un estudio piloto previo como recomiendan distintos autores (Beaton et al., 2000; Maneesriwongul & Dixon, 2004).

En cuanto a la comparación de las versiones lingüísticas de un mismo país, las versiones de Bélgica (francés y holandés), las puntuaciones del S-CVI y medias del coeficiente kappa modificado presentaron diferencias estadísticamente significativas, siendo la versión en francés la que no alcanza el valor mínimo de validez de contenido. La versión en holandés, sólo presentó un IPP (Ítem 29. Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería) y la versión en francés además de este ítem presentó dos ítems más potencialmente problemáticos el Ítem 14 (*"Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho"* y el Ítem 24 (*"Existe un programa activo de garantía de la calidad"*). Estas diferencias podrían atribuirse a cuestiones metodológicas debido a que el tamaño de la muestra de expertos fue distinto, la versión en francés fue valorada por 7 expertos y la versión en holandés con 10 (mínimo recomendable). Aunque analizando los IPP en los que difieren, se debería indagar si las enfermeras francófonas desarrollan su práctica profesional en contextos diferentes a las de habla holandesa, así mismo, las puntuaciones obtenidas del PES-NWI del estudio RN4CAST, analizadas en función del idioma del instrumento pueden dar sentido a estas diferencias.

Las versiones de Suiza también obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, concretamente la versión en francés con la de alemán e italiano. La versión en italiano no presentó ningún IPP el S-CVI obtuvo la máxima puntuación de validez de contenido, la v. en alemán presentó un IPP, de la subescala 1 ítem, y la versión en francés con 5 IPP, en las

subescalas 1, 3 y 5. El número de expertos fue similar. Si se tiene en cuenta que Suiza no tiene sistema nacional de salud y la cobertura sanitaria está en manos de la iniciativa privada, se puede comprender parte de los resultados.

Las diferencias obtenidas en las distintas versiones de un mismo país, parece indicar la importancia del proceso de adaptación de un instrumento, y la necesidad de validarlo en el contexto donde vaya a ser utilizado aun siendo dentro del mismo país.

Las puntuaciones globales de las escalas en las versiones lingüísticas de inglés, francés y holandés no difieren. En las versiones en alemán, sí se encuentran diferencias en el S-CVI, donde el número de expertos difería considerablemente entre Alemania y Suiza, la primera tuvo 5 y la segunda 9, por tanto pudo haber un sesgo relacionado con esta variable.

En cuanto a los resultados de la validez de los 32 ítems de las 14 versiones, más del 86% de las puntuaciones del kappa modificado alcanzan la valoración de buena/excelente, y sólo 61 ítems obtienen una valoración "pobre". Las versiones de Suiza (italiano y alemán), Alemania, Suecia, Países Bajos (holandés), Bélgica (holandés), Finlandia, Grecia, Bélgica (francés), España y Suiza (francés) se encuentran con un porcentaje de valoraciones excelentes/buenas superior a la propia versión original de USA, y las de Reino Unido, Irlanda y Polonia se sitúan por debajo de esta versión de referencia.

Si no consideramos los resultados de las valoraciones de Polonia, la muestra de expertos de todas las versiones establece con unanimidad la relevancia de 10 de los 32 ítems (el ítem 2, 3, 4, 15, 19, 20, 10, 12, 26 y 28), la mayoría de ellos pertenecen principalmente a la subescala "Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado".

En cuanto a la frecuencia de IPP, el 70% de ellos se presentan en 1 ó 2 versiones, siendo sólo de la versión de Polonia los ítems 2, 3, 19, 26 y 28. El 22% se presentan en 3 ó 4 versiones. Y sólo el 7,4% se dan en 5 versiones. La implicación de las distintas versiones es muy variada. Presentándose los IPP en la mayoría de los países. Los IPP de USA se presentan en los ítems:

- Ítem 5. *Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional*. VP dada también otras dos versiones la de Polonia y la de Suiza (francés)

- Ítem 6. *Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital y* el ítem 11. *El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal* ambos de la subescala 1: "*participación de las enfermeras en asuntos del hospital"*. VP que también se da en 5 versiones del ámbito europeo: Finlandia, Grecia, Polonia, Reino Unido y la de Suiza (francés). Estos dos aspectos de la escala son los que mayor valoración pobre han obtenido, por tanto deberían ser revisados para futuras investigaciones en los países dados.

- Ítem 31. *Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes,* además se dan la VP en Polonia y Reino Unido

Que la versión de referencia obtenga IPP, indica que a pesar de ser un instrumento creado en el contexto americano, puede precisar la revisión de algunos ítems.

En cuanto a las consideraciones metodológicas sobre los resultados de validez de contenido de cada uno de los ítems. La puntuación mínima recomendada del I-CVI es mayor o igual a 0.78, pero como se ha mencionado, para ajustar la concordancia por azar (Polit et al., 2007), recomiendan el cálculo del estadístico Kappa modificado, el cual establece que si cada uno de los ítems del cuestionario presentan valores Kappa mayores 0.74, el nivel de validez de contenido del ítem es excelente, valores entre 0,60 y 0,74 buena y menores de 0,60 pobres.

La media del coeficiente kappa modificado para los ítems con valoración excelente estuvo por encima de 0,78. Sin embargo los de valoración buena, obtuvieron una media de 0,71. El número de expertos ha influido en los resultados de la validez de contenido de los ítems siendo mayor en las valoraciones excelentes y buenas y sin diferencias estadísticamente significativas en las valoraciones pobres, por tanto los resultados del estudio corroboran la influencia del número de expertos y el coeficiente kappa establecido por otros autores (Beckstead, 2009; Polit et al., 2007; Squires, 2009b). Por otra parte, para explorar con mayor profundidad estas discrepancias se podría analizar si estos ítems se comportan de diferente forma que el resto en función de las respuestas dadas por los enfermeros de cada país, y analizar si la valoración global del instrumento o subescalas, mejora con la modificación o eliminación de los mismos.

Los IPP se distribuyeron de forma diferente entre las 5 subescalas siendo las subescala 1 “Participación de las enfermeras en asuntos del hospital” y la 5 “Relación entre enfermeras y médicos”, las que mayor porcentaje de IPP presentaron.

En cuanto a las puntuaciones globales por subescalas según los S-CVI mostraron diferencias estadísticamente significativas, y se vieron afectadas por los IPP de forma distinta en algunas de las versiones, pero según las puntuaciones medias de los coeficientes K, todas las versiones salvo Polonia obtuvieron una buena o excelente de validez de contenido, específicamente, según este indicador, la subescala 1, obtuvo un 57% de valoraciones excelente y un 37% de buena; la subescala 4, obtuvo un 70% de valoraciones excelente versus 21% de buena y las subescalas 2, 3 y 5 obtuvieron el 80% y 14% de valoraciones excelentes y buenas respectivamente. Por tanto, las puntuaciones medias de los coeficientes kappa no discriminaron suficientemente los IPP dentro de las subescalas.

Las cuestiones metodológicas que aporta este análisis por subescalas, se dirigen a la discrepancia existente entre las puntuaciones del S-CVI y las valoraciones obtenidas según el kappa. Si observamos algunos ejemplos:

Subescala 1. “Participación de las enfermeras en asuntos del hospital”. En versiones con S-CVI < 0.80 ocurre que, la v. de Reino Unido, con 11 expertos, presenta cuatro IPP (el 50% de los ítems) con valores del I-CVI inferiores a 0,78 y su valoración k es de buena; la v. de Bélgica (francés), que fue valorada por 7 expertos, sólo presentan un IPP, todos los demás ítems de la subescala menos 1 tienen un valor de I-CVI<0,78, la valoración final del k es

buena. En el caso de la de la v. de Bélgica (holandés) que se aproxima más al valor mínimo del S-CVI presenta un menor número de I-CVI <0.78 y la valoración del k es excelente y fue valorada por 10 expertos.

Subescala 2. "Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado". La versión de Reino Unido y la de Bélgica (francés), ambas con valoración buena, obtienen puntuaciones similares del S-CVI y utilizan un número de expertos similar (≥10), sin embargo, la primera presentan casi la mitad de los ítems de la subescala con IPP y la segunda sólo uno. La explicación de estos resultados podría darse en que según los valores del I-CVI ambas versiones presentan un número similar de ítems que no alcanzan la validez de contenido mínima (≥0,78).

Por ello, para una profundización en la validez de contenido de las subescalas, deberían ser revisadas, no sólo en función de las que presenten un número elevado de IPP (con el 50% o más de IPP) sino considerando también los ítems que conforman la subescala que obtienen un valor de I-CVI no aceptable (<0,78). Estudios previos que han utilizado este indicador de validez de contenido sin obtener las puntuaciones del kappa, realizaron por consenso del grupo de expertos la modificación principalmente en la redacción de los ítems (Lin et al, 2001; Leung el al, 2005; Sun et al, 2006;Lin et al, 2007; Lopez et al, 2008)

Las subescalas 1, 3 y 4 pueden estar fuertemente ligados a los modelos de gestión clínica de cada país. El liderazgo, la dotación de recursos y la participación de las enfermeras en las decisiones del hospital son elementos para la gestión claramente definidos por distintos autores (DeCampli, Kirby, & Baldwin, 2010; Slavik Cowen & Moorhead; Tomey, 2009). Por tanto, cobra sentido analizar aspectos de la gestión clínica, como la situación de las enfermeras en el organigrama de la institución, el modelo de sistema de salud, los modelos y niveles de gestión.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En estudios publicados, programa HOPE, informes WHO y consulta con expertos que han participado en el programa HOPE, concluyen que:

- Los modelos de gestión y niveles de liderazgo en el entorno de la Unión Europea, son muy similares excepto en Reino Unido, donde son más numerosos.
- En general, hay entre 3 y 5 niveles jerárquicos.
- Organigrama Hospitales:
    - Alta dirección y staff. La variabilidad en función del tamaño del hospital recae en el nº de subdirecciones y/o adjuntías.
    - Supervisión: En función del tamaño del hospital hay un nivel o dos. En cualquier caso existe el nivel Supervisión de unidad y/o nivel supervisión de área.
    - Profesionales de enfermería: entre dos y tres niveles asistenciales excepto en Reino Unido y EEUU que llegan hasta 5 niveles de responsabilidad.
    - El modelo de organización plana, que eliminaría niveles jerárquicos, se conoce en unidades aisladas o centros de nueva creación, casi a modo experimental.

- Los puestos de responsabilidad siempre son de libre designación y la comunicación directa con las enfermeras asistenciales las tienen las supervisoras de unidad, por lo que a mayor tamaño de hospital y más niveles, más problemas de comunicación.
- No es habitual que la máxima autoridad del hospital sea una Enfermera, pero tampoco lo es, que la dirección de las enfermeras la ostenten otros profesionales.

En definitiva, los resultados de este estudio establecen que en la mayoría de las versiones del PES-NWE, se dan IPP, y por tanto, para conseguir una mejor adaptación transcultural del instrumento, alguno de los ítems deberían ser revisados e incluso establecer su posible eliminación. En los estudios previos, que han desarrollado una versión adaptada del PES-NWI al idioma y contexto cultural, la mayoría de las modificaciones realizadas estuvieron relacionadas con la reducción del número de ítems o reasignación de ítems en las distintas subescalas, en función de los análisis factoriales obtenidos en la muestra de estudio (Warshawsky & Havens, 2011). El análisis del comportamiento de las distintas versiones en el estudio RN4CAST, aportará información relevante sobre la influencia de los IPP.

Debido a que el presente estudio estaba enmarcado en un proyecto internacional, y que por tanto el instrumento no podía ser modificado en cuanto a la composición de los ítems, en futuras investigaciones, y con aras a la mejora de la validez de contenido de las versiones con ítems con puntuaciones de I-CVI no aceptables o subescalas con puntuaciones por debajo del mínimo aceptable se deberían combinar métodos cualitativos con paneles expertos para determinar si es pertinente la eliminación de los ítems o reformulación de los mismos en función de las características contextuales o culturales donde se utilice el instrumento. Un ejemplo de este proceso se expone en el estudio realizado por Hyrkäs y cols. Donde se analizó el proceso de traducción y validación de la *Manchester Clinical Supervision Scale* (MCSS) del inglés al finés, para ello analizaron la validez de contenido del instrumento utilizando la aproximación cuantitativa a través del CVI y la aproximación cualitativa con un panel de once expertos, este proceso de triangulación determinó los ítems a eliminar valorados por los expertos como no relevantes y no adecuados según las características culturales y contextuales de la población diana del instrumento.

En cuanto a las limitaciones del estudio, el perfil de los expertos puede ser una de las variables que influyen en el análisis de la validez de contenido (Grant & Davis, 1997; A. Squires, 2009b), para minimizar los efectos de esta variable se establecieron unos criterios de selección uniformes en todos los paneles de expertos, por ello en el caso de Alemania sólo se pudieron reclutar 5 enfermeras bilingües. En comparación con los demás países participantes en este estudio, Alemania presenta muchos menos enfermeros titulados y con el grado académico de Bachelor, además el conocimiento de una segunda lengua es un aspecto que todavía no se ha desarrollado suficientemente entre los profesionales de enfermería (Squires et al., (In press)). Por tanto, en el caso alemán con 5 expertos, se encuentra un sesgo en las puntuaciones obtenidas debido a este factor. Como ya se ha

mencionado, menor número de expertos podrían sobredimensionan las puntuaciones del CVI y K.

El PES-NWI, mide el entorno de trabajo de la práctica de enfermería, las dos primeras subescalas, “Participación de las enfermeras en asuntos del hospital” y “Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado”, exploran las características del hospital desde una perspectiva amplia, y las otras tres, “Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora”, “Dotación de personal y recursos” y “Relaciones entre enfermeras y médicos”, se refieren más específicamente a las características de la unidad donde se realiza la práctica (Lake, 2002), por tanto, para mejorar los resultados de validez de contenido a través del CVI, podría ser adecuado conformar un panel de expertos con unos criterios de selección mínimos homogéneos entre todos los evaluadores, como se ha realizado en el presente estudio, pero también establecer unos criterios heterogéneos que representen a los profesionales que mejor pueden informar sobre los aspectos relevantes del entorno de trabajo a nivel de hospital (institución) y a nivel de unidad, y que se adecúen al contexto y estructura organizacional de cada sistema sanitario.

Universitat d’Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CONCLUSIONES

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En términos globales, la validez de contenido del *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* ha resultado adecuada en las 13 de las 14 versiones de los países de ámbito europeo del estudio. Si bien, en estudios internacionales se hace necesario el uso de herramientas homogéneas, los resultados de este estudio indican la necesidad de poder mejorar el instrumento en determinadas versiones sin perder la posibilidad de su uso transcultural. Es decir conseguir una mejor adaptación transcultural, manteniendo la validez de constructo.

Para ello, los ítems potencialmente problemáticos en cada una de las versiones del instrumento, y aquellos que presentan un I-CVI bajo, deberían ser analizados a además desde la perspectiva cualitativa, para explorar los posible motivos de esas valoraciones, considerar la pertinencia de ser eliminados y sustituidos por aspectos más relacionados con el contexto cultural, profesional, formativo, etc. de la población diana. Por otra parte, se podían analizar si los resultados globales de la escala y por subescalas se modifican en función de eliminar o modificar estos ítems, y a un nivel más micro establecer si estos ítems puntúan de forma diferente, en relación con los ítems con una validez aceptable o alta.

Si bien, la enfermería es una profesión regulada en el entorno de la Unión europea y armonizada en el mundo, la realidad es, que los niveles formativos son muy variables para desempeñar la misma práctica. Este aspecto es un condicionante a considerar cuando se obtengan discrepancias del índice Kappa y valores de validez en determinados ítems de un cuestionario de manera que antes de sacar conclusiones definitivas, es pertinente consultar con paneles de expertos los resultados de un determinado cuestionario para contrastar las causas de las discrepancias.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

REFERENCIAS

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Aiken, L., Havens, D., & Sloane, D. (2000). The magnet nursing services recognition program. *The American Journal of Nursing, 100*(3), 26-35; quiz 35-6.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Lake, E. T. (1997). Satisfaction with inpatient acquired immunodeficiency syndrome care. A national comparison of dedicated and scattered-bed units. *Medical Care, 35*(9), 948-962.

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA : The Journal of the American Medical Association, 288*(16), 1987-1993.

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs (Project Hope), 20*(3), 43-53.

Aiken, L., Smith, H., & Lake, E. (1994). Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care, 32*(8), 771-787.

Aitken, L. M., Burmeister, E., Clayton, S., Dalais, C., & Gardner, G. The impact of nursing rounds on the practice environment and nurse satisfaction in intensive care: Pre-test post-test comparative study. *International Journal of Nursing Studies, In Press, Corrected Proof* doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.10.004

Armstrong, K., Laschinger, H., & Wong, C. (2009). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality, 24*(1), 55-62.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine, 25*(24), 3186-3191.

Beckstead, J. W. (2009). Content validity is naught. *International Journal of Nursing Studies, 46*(9), 1274-1283.

Bonneterre, V., Liaudy, S., Chatellier, G., Lang, T., & de Gaudemaris, R. (2008). Reliability, validity, and health issues arising from questionnaires used to measure psychosocial and organizational work factors (POWFs) among hospital nurses: A critical review. *Journal of Nursing Measurement, 16*(3), 207-230.

Boonpongmanee, C., Zauszniewski, J. A., & Boonpongmanee, S. (2002). Psychometric properties of the self-control schedule: Thai version. *Research in Nursing & Health, 25*(6), 471-478.

Buchan, J. (1999). Still attractive after all these years? magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing, 30*(1), 100-108.

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Can, G., Durna, Z., & Aydiner, A. (2010). The validity and reliability of the Turkish version of the quality of life index [QLI] (cancer version). *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society, 14*(4), 316-321.

Cha, E. S., Kim, K. H., & Erlen, J. A. (2007). Translation of scales in cross-cultural research: Issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing, 58*(4), 386-395.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Chaimongkol, N. N., & Flick, L. H. (2006). Maternal sensitivity and attachment security in Thailand: Cross-cultural validation of western measures. *Journal of Nursing Measurement, 14*(1), 5-17.

Chang, H., Wu, C., Chen, T. W., Cheng, A. T. A., Lin, K., Rong, J., & Lee, H. (2011). Psychometric properties of the Chinese version of the life attitude schedule (LAS-C) in a sample of Taiwanese adolescents. *International Journal of Nursing Studies, 48*(5), 590-600.

Chang, K. P., & Wong, K. S. (2001). The nurse specialist role in Hong Kong: Perceptions of nurse specialists, doctors and staff nurses. *Journal of Advanced Nursing, 36*(1), 32-40.

Chang, S., & Chen, M. (2009). Psychometric testing of the feelings and thoughts about weight scale on postpartum women in Taiwan. *The Journal of Nursing Research: JNR, 17*(2), 144-151.

Chen, C., & Lo, L. (2007). Reliability and validity of a Chinese version of the pediatric asthma symptoms scale. *The Journal of Nursing Research: JNR, 15*(2), 99-106.

Chen, H. Y., & Boore, J. R. (2010). Translation and back-translation in qualitative nursing research: Methodological review. *Journal of Clinical Nursing, 19*(1-2), 234-239.

Chen, H., Horner, S. D., & Percy, M. S. (2002). Validation of the smoking self-efficacy survey for taiwanese children. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 34*(1), 33-37.

Chiang, H. Y., & Lin, S. Y. (2009). Psychometric testing of the Chinese version of nursing practice environment scale. *Journal of Clinical Nursing, 18*(6), 919-929.

Chiang, Y., Hinds, P. S., Yeh, C., Yang, C., & Srivastava, D. K. (2008). Reliability and validity of the Chinese version of the fatigue scale-adolescent. *Cancer Nursing, 31*(3), E1-E8.

Chien, W., & Norman, I. (2004). The validity and reliability of a Chinese version of the family burden interview schedule. *Nursing Research, 53*(5), 314-322.

Ching-Yu, C., & Shwu-Ru, L. (2011). Intention to leave of Asian nurses in US hospitals: Does cultural orientation matter? *Journal of Clinical Nursing,* Mar 15. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03594.x

Choi, J., Bakken, S., Larson, E., Du, Y., & Stone, P. W. (2004). Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research, 53*(6), 370-378.

Chuan-Ju, L., I-Shin, S., Hsin, C., Pei-Shan, T., Chiung-Hua, C., Yue-Cune, C., & Kuei-Ru, C. (2011). Reliability and validity of the Chinese version of the mood disorder questionnaire. *Archives of Psychiatric Nursing, 25*(1), 53-62.

Clarke, S. P., & Donaldson, N. E. (2008). Nurse staffing and patient care quality and safety. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD):

Clarke, S. (2007). Hospital work environments, nurse characteristics, and sharps injuries. *American Journal of Infection Control, 35*(5), 302-309.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

De Pedro Gómez, J., Morales Asencio, J., Sesé Abad, S., Bennasar Veny, M., Artigues Vives, G., & Pericàs Beltrán, J. (2009). Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de Enfermería, 12*(7), 65-73.

De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Abad, A. S., Veny, M. B., Vives, G. A., & Campaner, C. P. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: Situación en las islas baleares. *Gaceta Sanitaria, In Press, Corrected Proof* doi: 10.1016/j.gaceta.2010.11.007

DeCampli, P., Kirby, K. K., & Baldwin, C. (2010). Beyond the classroom to coaching: Preparing new nurse managers. *Critical Care Nursing Quarterly, 33*(2), 132-137.

Duffy, J. R. (2009). *Quality caring in nursing. applying theory to clinical practice, education and leadership*. New York: Springer Publising Company. doi:http://springerpub.net/samples/21284_chapter.pdf

Estabrooks, C. A., Tourangeau, A. E., Humphrey, C. K., Hesketh, K. L., Giovannetti, P., Thomson, D., Shamian, J. (2002). Measuring the hospital practice environment: A Canadian context. *Research in Nursing & Health, 2*5(4), 256-268.

*Estudio APEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salu*d (2008). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: URL http://www.safetypatient.com/documentos/estudio_apeas.pdf

Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. informe (2006). . Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: URL: http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf?phpMyAdmin=mvRY-xVABNPM34i7Fnm%2C23Wrlq5

Flaherty, J., Gaviria, F., Pathak, D., Mitchell, T., Wintrob, R., Richman, J., & Birz, S. (1988). Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 17*6(5), 257-263.

Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G. L., & Aiken, L. H. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society, 5*8(12), 2401-2406.

García, N., García, R., Vila, M., Torres, P., & Moreno, M. (2004). Entorno clínico de la enfermera de hemodiálisis en la provincia de Cádiz. *Revista De La Sociedad Española De Enfermería Nefrológica,* 7(3), 6-12.

Gardner, G., Woollett, K., Daly, N., & Richardson, B. (2009). Measuring the effect of patient comfort rounds on practice environment and patient satisfaction: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice, 1*5(4), 287-293.

Gasparino, R. C., & Guirardello, E. d. B. (2009). Tradução e adaptação para a cultura brasileira do "Nuring Work Index - Revised". *Acta Paulista De Enfermagem, 2*2(3), 281-287.

Gerrish, K., & Lacey, A. (2008). *Investigación en enfermería* (5ª Ed. ed.). Aravaca (Madrid): McGraw-Hill Interamericana.

Grant, J. S., & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health, 2*0(3), 269-274.

Gunnarsdóttir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M., & Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. a survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies, 4*6(7), 920-927.

Havens, D. S., & Aiken, L. H. (1999). Shaping systems to promote desired outcomes. the magnet hospital model. *The Journal of Nursing Administration, 2*9(2), 14-20.

Ho, C., Clochesy, J. M., Madigan, E., & Liu, C. (2007). Psychometric evaluation of the Chinese version of the Minnesota living with heart failure questionnaire. *Nursing Research, 56*(6), 441-448.

Hoffart, N., & Woods, C. Q. (1996). Elements of a nursing professional practice model. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing, 12*(6), 354-364.

Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies, 40*(6), 619-625.

INSALUD. (1996). *Gestión analítica hospitalaria. Proyecto SIGNO.* Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

INSALUD. (1995). *Signo II club de enfermería manual. En: Subdirección general de atención especializada.* Madrid: Dirección general del INSALUD.

Juvé, M., Farrero, S., Monterde, D., Hernández, O., Sistac, M., Rodríguez, A., Martín, A. (2007). Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera. El Nursing Work Index en los hospitales públicos. *Metas Enferm, 10*(7), 67-73.

Kramer, M., & Hafner, L. (1989). Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research, 38*(3), 172-177.

Kramer, M., & Schalenberg, C. (2004). Essentials of a magnetic work environment, part 1. *Nursing, 34*(6), 50-54.

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1991a). Job satisfaction and retention. insights for the '90s. part 1. *Nursing, 21*(3), 50-55.

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1991b). Job satisfaction and retention. insights for the '90s. part 2. *Nursing, 21*(4), 51-55.

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Essentials of a magnetic work environment: Part 2. *Nursing, 34*(7), 44-47.

Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2004a). Essentials of a magnetic work environment. part 4. *Nursing, 34*(9), 44-48.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2004b). Essentials of a magnetic work environment: Part 3. *Nursing, 34*(8), 44-47.

Lacey, S. R., & Cox, K. S. (2009). Nursing: Key to quality improvement. *Pediatric Clinics of North America, 56*(4), 975-985.

Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research, 55*(1), 1-9.

Lake, E. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health, 25*(3), 176-188.

Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2011). Turnover intention among new nurses: A generational perspective. *Journal for Nurses in Staff Development: JNSD : Official Journal of the National Nursing Staff Development Organization, 27*(1), 39-45.

Lee, L. Y. K., Lee, D. T. F., Woo, J., & Wong, E. M. C. (2006). Validation of the Chinese version of the satisfaction with the nursing home instrument. *Journal of Clinical Nursing, 15*(12), 1574-1582.

Leung, S. F., Chui, C., Arthur, D., French, P., Lai, A., Lee, W. M., & Wong, D. (2005). The validity and reliability of the world health organization mental disorders checklist for use in a telehealth clinic in Hong Kong. *International Journal of Mental Health Nursing, 14*(2), 117-125.

Li, Y. F., Lake, E. T., Sales, A. E., Sharp, N. D., Greiner, G. T., Lowy, E., Sochalski, J. A. (2007). Measuring nurses' practice environments with the revised nursing work index: Evidence from registered nurses in the Veterans Health Administration. *Research in Nursing & Health, 30*(1), 31-44.

Lin, J., & Wang, J. (2008). Psychometric evaluation of the Chinese version of the Cornell Scale for Depression in Dementia. *The Journal of Nursing Research: JNR, 16*(3), 202-210.

Lin, L. C., Chen, M. Y., Chen, Y. C., & Portwood, M. J. (2001). Psychometrics of a Chinese translation of the swallowing questionnaire. *Journal of Advanced Nursing, 34*(3), 296-303.

Lin, L., Kao, C., Tzeng, Y., & Lin, Y. (2007). Equivalence of Chinese version of the Cohen-Mansfield agitation inventory. *Journal of Advanced Nursing, 59*(2), 178-185.

Lin, S., Lin, C., Yeh, M. C., Lin, S., & Hwang, Y. (2011). A psychometric evaluation of the Taiwan version of the individual workload perception scale. *Journal of Clinical Nursing, 20*(3-4), 494-503.

Liu, K., Squires, A., & You, L. (2011). A pilot study of a systematic method for translating patient satisfaction questionnaires. *Journal of Advanced Nursing, 67*(5), 1012-1021.

Lopez, V., Chair, S. Y., Thompson, D. R., Tsui, Y. Y., & Lewin, R. J. (2008). A psychometric evaluation of the Chinese version of the cardiovascular limitations and symptoms profile in patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing, 17*(17), 2327-2334.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Lundmark, V. (2008). Magnet environments for professional nursing practice. In *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. AHRQ publication no. 08-0043. agency for healthcare research and quality, rockville, MD.* doi: http://www.ahrq.gov/QUAL/nurseshdbk/docs/LundmarkV_MEPNP.pdf

Lynn, M. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research, 35*(6), 382-385.

Macia, M., & Moncho, J. (2007). Sistema nacional de salud español. Características y análisis. *Enfermería Global,* 10(6), 1-14.

Mallinckrodt, B., & Wang, C. (2004). Quantitative methods for verifying semantic equivalence of translated research instruments: A Chinese version of the experiences in close relationships scale. *Journal of Counseling Psychology, 5*1(3), 368-379.

Maneesriwongul, W., & Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing, 4*8(2), 175-186.

Martin, J. S., Vincenzi, C., & Spirig, R. (2007). Principles and methods of good practice for the translation process for instruments of nursing research and nursing practice. *Pflege, 2*0(3), 157-163.

McClure, M., Poulin, M., & Sovie, M. D. (1983). *Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurse*s. Kansas City, MO: American Academy of Nurses.

McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J., & Bambonye, L. (2004). Nursing work environment and quality of care: Differences between units at the same hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services, 1*7(6), 313-322.

Middleton, S., Griffiths, R., Fernandez, R., & Smith, B. (2008). Nursing practice environment: How does one Australian hospital compare with magnet hospitals? *International Journal of Nursing Practice, 1*4(5), 366-372.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1995). *Teoría psicométric*a (3rd ed ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Parker, D., Tuckett, A., Eley, R., & Hegney, D. (2010). Construct validity and reliability of the practice environment scale of the nursing work index for Queensland nurses. *International Journal of Nursing Practice, 1*6(4), 352-358.

Perneger, T., Leplège, A., & Etter, J. (1999). Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: Two methods compared. *Journal of Clinical Epidemiology, 5*2(11), 1037-1046.

Peters, M., & Passchier, J. (2006). Translating instruments for cross-cultural studies in headache research. *Headache, 4*6(1), 82-91.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health, 2*9(5), 489-497.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Polit, D. F., Beck, C., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health, 3*0(4), 459-467.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud: Principios y métodos* (6th ed. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

REAL DECRETO 56/2005, 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la directiva 2005/36/CE, del parlamento europeo y del consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la directiva 2006/100/CE, del consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. (2008). *BOE, núm. 28*0, 46185-46320.
Obtenido de http://www.boe.es/boe/dias/2008/11/20/pdfs/A46185-46320.pd

Roche, M. A., & Duffield, C. M. (2010). A comparison of the nursing practice environment in mental health and medical-surgical settings. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 4*2(2), 195-206. doi:10.1111/j.1547-5069.2010.01348.x

Sermeus, W., Aiken, L., Van, d. H., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., Rn4cast, R. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing, 1*0(1), 6.

Shever, L. L. (2009). Outcomes evaluation. In M. Mateo, & K. Kirchhoff (Eds.), *Research for advanced practice nurses: From evidence to practic*e (pp. 387) Springer Publishing Company.

Slater, P., O'Halloran, P., Connolly, D., & McCormack, B. (2010). Testing of the factor structure of the nursing work index-revised. *Worldviews on Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing,* 7(3), 123-134.

Slater, P., & McCormack, B. (2007). An exploration of the factor structure of the nursing work index. *Worldviews on Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing,* 4(1), 30-39.

Slavik Cowen, P., & Moorhead, S. *Current issues in nursin*g (7 Edh. ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.

Squires, A. (2009a). Methodological challenges in cross-language qualitative research: A research review. *International Journal of Nursing Studies, 4*6(2), 277-287.

Squires, A. (2009b). A valid step in the process: A commentary on Beckstead. *International Journal of Nursing Studies, 46*(9), 1284-1285.

Squires, A., Aiken, L. H., Van den Heede, K., & Sermeus, W. ((In press)). Health services research, languages, and survey instrument translation processes: Methodological considerations for multi-country comparative studies. *The International Journal of Nursing Studies,*

Squires, A. (2008). Language barriers and qualitative nursing research: Methodological considerations. *International Nursing Review, 55*(3), 265-273.

Sun, T., Chiu, S., Yeh, S., & Chang, K. (2006). Assessing reliability and validity of the Chinese version of the stroke scale: Scale development. *International Journal of Nursing Studies, 43*(4), 457-463.

Talbot, L. A. (1995). *Principles and practice of nursing research*. St. Louis, MO: Mosby.

Tomey, A. M. (2009). *Guía de gestión y dirección de enfermería. .* (8ª Ed. ed.). Madrid [etc.]: Elsevier España.

Van Bogaert, P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H., & de Heyning, P. V. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in belgian hospitals: Development and preliminary validation of a dutch adaptation of the revised nursing work index. *International Journal of Nursing Studies, 46*(1), 54-64.

Walker, K., Middleton, S., Rolley, J., & Duff, J. (2010). Nurses report a healthy culture: Results of the practice environment scale (Australia) in an Australian hospital seeking magnet recognition. *International Journal of Nursing Practice, 16*(6), 616-623.

Waltz, C., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research* (4th Edition ed.) Springer Publishing Company.

Wang, Y., Guo, X., Lau, Y., Chan, K. S., Yin, L., & Chen, J. (2009). Psychometric evaluation of the mainland Chinese version of the Edinburgh postnatal depression scale. *International Journal of Nursing Studies, 46*(6), 813-823.

Warshawsky, N. E., & Havens, D. S. (2011). Global use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nursing Research, 60*(1), 17-31.

Yeh, M. L. (2002). Assessing the reliability and validity of the Chinese version of the California critical thinking disposition inventory. *International Journal of Nursing Studies, 39*(2), 123-132.

Yoder, L. H. (1995). Staff nurses' career development relationships and self-reports of professionalism, job satisfaction, and intent to stay. *Nursing Research, 44*(5), 290-297.

Yu, D. S. F., Lee, D. T. F., Thompson, D. R., Jaarsma, T., Woo, J., & Leung, E. M. F. (2011). Psychometric properties of the Chinese version of the European Heart Failure Self-Care Behaviour scale. *International Journal of Nursing Studies, 48*(4), 458-467.

Zelauskas, B., & Howes, D. G. (1992). The effects of implementing a professional practice model. *The Journal of Nursing Administration, 22*(7-8), 18-23.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Lista de figuras

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Figura 1. Cálculo del I-CVI 12
Figura 2. Marco conceptual. Cuidados de enfermería, calidad y seguridad 16
Figura 3. Ítem 4. Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras. K 49
Figura 4. Ítem 15. La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad. K 50
Figura 5. Ítem 20. Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes. K 51
Figura 6. Ítem 10. La supervisora es una buena supervisora y líder. K 52
Figura 7. Ítem 12. Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo. K 53
Figura 8. Ítem 1. Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar. K 55
Figura 9. Ítem 21. Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales. K 56
Figura 10. Ítem 22. La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico. K 57
Figura 11. Ítem 27. Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación. K 58
Figura 12. Ítem 2. Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral. K 59
Figura 13. Ítem 3. Las supervisoras apoyan a las enfermeras. K 60
Figura 14. Ítem 19. Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente. K 61
Figura 15. Ítem 26. Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos. K 62
Figura 16. Ítem 28. Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico. K 64
Figura 17. Ítem 5. Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional. K 65
Figura 18. Ítem 7. Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras. K 66
Figura 19. Ítem 8. Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras. K 68
Figura 20. Ítem 9. Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes. K 69
Figura 21. Ítem 13. Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes. K 70
Figura 22. Ítem 16. El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución. K 71
Figura 23. Ítem 17. Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos. K 72
Figura 24. Ítem 18. Hay oportunidades de ascender. K 73
Figura 25. Ítem 23. La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados. K 74
Figura 26. Ítem 31. Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes. K 75
Figura 27. Ítem 24. Existe un programa activo de garantía de la calidad. K 77
Figura 28. Ítem 32. Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados. K 78
Figura 29. Ítem 14. Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho. K 79
Figura 30. Ítem 25. Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.). K 80
Figura 31. Ítem 29. Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería. K 81
Figura 32. Ítem 30. Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima. K 82
Figura 33. Ítem 6. Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital. K 84
Figura 34. Ítem 11. El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal. K 85
Figura 35. I-CVI y valoración coeficiente Kappa 88
Figura 36. Subescala 1. Participación de las enfermeras en asuntos del hospital. K 91
Figura 37. Subescala 2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado. K 92
Figura 38. Subescala 3. Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora. K 93
Figura 39. Subescala 4. Dotación de personal y recursos. K 95
Figura 40. Subescala 5. Relaciones entre enfermeras y médicos. K 96
Figura 41. Ítem 1. Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar. I-CVI 181
Figura 42. Ítem 2. Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral. I-CVI 181

Figura 43. Ítem 3. Las supervisoras apoyan a las enfermeras. I-CVI 182
Figura 44. Ítem 4. Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras. I-CVI 182
Figura 45. Ítem 5. Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional. I-CVI 183
Figura 46. Ítem 6. Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital. I-CVI 183
Figura 47. Ítem 7. Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras. I-CVI 184
Figura 48. Ítem 8. Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras. I-CVI 184
Figura 49. Ítem 9. Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes. I-CVI 185
Figura 50. Ítem 10. La supervisora es una buena supervisora y líder. I-CVI 185
Figura 51. Ítem 11. El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal. I-CVI 186
Figura 52. Ítem 12. Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo. I-CVI 186
Figura 53. Ítem 13. Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes. I-CVI. 187
Figura 54. Ítem 14. Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho. I-CVI 187
Figura 55. Ítem 15. La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad. I-CVI 188
Figura 56. Ítem 16. El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución. I-CVI 188
Figura 57.Ítem 17. Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos. I-CVI 189
Figura 58. Ítem 18. Hay oportunidades de ascender I-CVI 189
Figura 59. Ítem 19. Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente. I-CVI 190
Figura 60. Ítem 20. Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes. I-CVI 190
Figura 61. Ítem 21. Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales. I-CVI 191
Figura 62. Ítem 22. La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico. I-CVI 191
Figura 63. Ítem 23. La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados. I-CVI192
Figura 64. Ítem 24. Existe un programa activo de garantía de la calidad. I-CVI 192
Figura 65. Ítem 25. Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.). I-CVI 193
Figura 66. Ítem 26. Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos. I-CVI 193
Figura 67. Ítem 27. Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación. I-CVI 194
Figura 68. Ítem 28. Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico. I-CVI 194
Figura 69. Ítem 29. Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería. I-CVI 195
Figura 70. Ítem 30. Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima. I-CVI 195
Figura 71. Ítem 31. Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes. I-CV 196
Figura 72. Ítem 32. Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados ((p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días). I-CVI 196

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Lista de tablas

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 1. Estudios que han utilizado el *Content Validity Indexing* 13
Tabla 2. Características "imán" de un entorno de práctica profesional 19
Tabla 3. Instrumento de medida del entorno laboral de enfermería 24
Tabla 4. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería 25
Tabla 5. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index 34
Tabla 6. Subescalas del PES-NWI 35
Tabla 7. Ejemplo de valoración de los ítems 39
Tabla 8. Criterios de Valoración del Kappa 40
Tabla 9. Resultados globales del *Content Validity Indexing* 45
Tabla 10. Comparación de las tres versiones de Suiza 46
Tabla 11. Versiones del mismo idioma 47
Tabla 12. Valoración global de los ítems 48
Tabla 13. Ítem 4. Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras 49
Tabla 14. Ítem 15. La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad 50
Tabla 15. Ítem 20. Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes 51
Tabla 16. Ítem 10. La supervisora es una buena supervisora y líder 52
Tabla 17. Ítem 12. Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo 53
Tabla 18. Frecuencia de ítems potencialmente problemáticos 54
Tabla 19. Ítem 1. Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes 54
Tabla 20. Ítem 21. Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales 55
Tabla 21. Ítem 22. La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico 56
Tabla 22. Ítem 27. Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación 57
Tabla 23. Ítem 2. Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral 58
Tabla 24. Ítem 3. Las supervisoras apoyan a las enfermeras 59
Tabla 25. Ítem 19. Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente 61
Tabla 26. Ítem 26. Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos 62
Tabla 27. Ítem 28. Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico 63
Tabla 28. Ítem 5. Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional 64
Tabla 29. Ítem 7. Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras 65
Tabla 30. Ítem 8. Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras 67
Tabla 31. Ítem 9. Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes 68
Tabla 32. Ítem 13. Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes 69
Tabla 33. Ítem 16. El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución 70
Tabla 34. Ítem 17. Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos 71
Tabla 35. Ítem 18. Hay oportunidades de ascender 72
Tabla 36. Ítem 23. La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados 74
Tabla 37. Ítem 31. Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes 75
Tabla 38. Ítem 24. Existe un programa activo de garantía de la calidad 76
Tabla 39. Ítem 32. Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados 77
Tabla 40. Ítem 14. Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho 78
Tabla 41. Ítem 25. Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.) 79
Tabla 42. Ítem 29. Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería 81

Tabla 43. Ítem 30. Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima 82
Tabla 44. Ítem 6. Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital 83
Tabla 45. Ítem 11. El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal. 84
Tabla 46. Ítems del PES-NWI potencialmente problemáticos por país (idioma) 85
Tabla 47. Puntuaciones del I-CVI en función de la valoración del K 87
Tabla 48. Relación del I-CVI con el K y el nº de expertos 88
Tabla 49. Comparación de las subescalas según del criterio de valoración del Kappa (P) 89
Tabla 50. S-CVI. Subescala 1. Participación de las enfermeras en asuntos del hospital 90
Tabla 51. S-CVI. Subescala 2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado 91
Tabla 52. S-CVI. Subescala 3. Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora 92
Tabla 53. S-CVI. Subescala 4. Dotación de personal y recursos 94
Tabla 54. S-CVI. Subescala 5. Relaciones entre enfermeras y médicos 95
Tabla 55. Reconocimiento del Título enfermera responsable de cuidados generales 100

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo 1. Estudios publicados en revistas de enfermería que han utilizado el Content Validity Index para el desarrollo de instrumentos

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Abdallah, L., Fawcett, J., Kane, R., Dick, K., & Chen, J. (2005). Development and psychometric testing of the EverCare nurse practitioner role and activity scale (ENPRAS). *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 17*(1), 21-26.

Ailinger, R. L., Harper, D. C., & Lasus, H. A. (1998). Bone up on osteoporosis. development of the facts on osteoporosis quiz. *Orthopaedic Nursing / National Association of Orthopaedic Nurses, 17*(5), 66-73.

Ailinger, R. L., Lasus, H., & Braun, M. A. (2003). Revision of the facts on osteoporosis quiz. *Nursing Research, 52*(3), 198-201.

Allison, S. (2004). Nurse codependency: Instrument development and validation. *Journal of Nursing Measurement, 12*(1), 63-75.

Armstrong, T. S., Cohen, M. Z., Eriksen, L., & Cleeland, C. (2005). Content validity of self-report measurement instruments: An illustration from the development of the brain tumor module of the M.D. Anderson symptom inventory. *Oncology Nursing Forum, 32*(3), 669-676.

Barnard, A., & Muller, M. (2004). A strategy for the management of HIV/ AIDS in the health sector of the city of Johannesburg. *Curationis, 27*(4), 5-17.

Bates-Jensen, B., Vredevoe, D. L., & Brecht, M. L. (1992). Validity and reliability of the pressure sore status tool. *Decubitus, 5*(6), 20-28.

Beitz, J. M., & van Rijswijk, L. (1999). Using wound care algorithms: A content validation study. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN, 26*(5), 238.

Beitz, J., Gerlach, M., Ginsburg, P., Ho, M., McCann, E., Schafer, V., Turnbull, G. (2010). Content validation of a standardized algorithm for ostomy care. Ostomy/wound Management, 56(10), 22-38.

Bolton, L., Corbett, L., Bernato, L., Dotson, P., Laraus, S., Merkle, D., Sheehan, P. (2006). Development of a content-validated venous ulcer guideline. *Ostomy/wound Management, 52*(11), 32-48.

Calvin, A. O., & Eriksen, L. R. (2006). Assessing advance care planning readiness in individuals with kidney failure. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association, 33*(2), 165-170.

Chang, H., Wu, C., Chen, T. W., Cheng, A. T. A., Lin, K., Rong, J., & Lee, H. (2011). Psychometric properties of the Chinese version of the life attitude schedule (LAS-C) in a sample of Taiwanese adolescents. International Journal of Nursing Studies, 48(5), 590-600.

Chang, K. P., & Wong, K. S. (2001). The nurse specialist role in Hong Kong: Perceptions of nurse specialists, doctors and staff nurses. *Journal of Advanced Nursing, 36*(1), 32-40.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Cheng, H., & Chen, S. (2008). Medical team satisfaction with nurse practitioner clinical performance. *The Journal of Nursing Research: JNR, 16*(1), 26-36.

Cheraghi, F., Hassani, P., Yaghmaei, F., & Alavi-Majed, H. (2009). Developing a valid and reliable self-efficacy in clinical performance scale. *International Nursing Review, 56*(2), 214-221.

Clark, B. A. (1997). Development of the conscious sedation scale: Establishing content validity and reliability. *Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates, 20*(1), 2-8.

Colwell, J. C., & Beitz, J. (2007). Survey of wound, ostomy and continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: A content validation study. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN, 34*(1), 57-69.

Davis, G. C., & Atwood, J. R. (1996). The development of the pain management inventory for patients with arthritis. *Journal of Advanced Nursing, 24*(2), 236-243.

DiIorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., & Carlone, J. (1992). Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing Research, 41*(4), 203-208.

Feider, L. L., & Mitchell, P. (2009). Validity and reliability of an oral care practice survey for the orally intubated adult critically ill patient. *Nursing Research, 58*(5), 374-377.

Feng, R., Chen, M., Chen, M., & Pai, Y. (2010). Critical thinking competence and disposition of clinical nurses in a medical center. *The Journal of Nursing Research: JNR, 18*(2), 77-87.

Fok, M. S. M., & Tsang, W. Y. W. (2005). Development of an instrument measuring Chinese adolescent beliefs and attitudes towards substance abuse. *Journal of Clinical Nursing, 14*(8), 986-994.

Gordon, S. C., Blum, C. A., & Parcells, D. A. (2010). Psychometric testing of the Gordon facial muscle weakness assessment tool. *The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses, 26*(6), 461-472.

Guo, S., Hsu, C., & Lin, C. (2008). A study of community healthcare competency among public health nurses. *The Journal of Nursing Research: JNR, 16*(4), 286-296.

Hockenberry-Eaton, M., Manteuffel, B., & Bottomley, S. (1997). Development of two instruments examining stress and adjustment in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses, 14*(3), 178-185.

Hsieh, C., Hsiao, Y., Liu, S., & Chang, C. (2005). Positive psychological measure: Constructing and evaluating the reliability and validity of a Chinese humor scale applicable to professional nursing. *The Journal of Nursing Research: JNR, 13*(3), 206-215.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Klakovich, M. (1995). Development and psychometric evaluation of the reciprocal empowerment scale. *Journal of Nursing Measurement, 3*(2), 127-143.

Larter, N. L., Kieckhefer, G., & Paeth, S. T. (1993). Content validation of standards of nursing care for the child with asthma. *Journal of Pediatric Nursing, 8*(1), 15-21.

Lee, E. H., & Ahn, S. H. (2010). [Development of key indicators for nurses performance evaluation and estimation of their weights for management by objectives]. *Journal of Korean Academy of Nursing, 40*(1), 69-77.

Lengacher, C. A. (1997). A reliability and validity study of the women's role strain inventory. *Journal of Nursing Measurement, 5*(2), 139-150.

Lengacher, C. A., Bennett, M. P., Kipp, K. E., Berarducci, A., & Cox, C. E. (2003). Design and testing of the use of a complementary and alternative therapies survey in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 30*(5), 811-821.

Lindeman, M., Hawks, J. H., & Bartek, J. K. (1994). The alcoholic family: A nursing diagnosis validation study. *Nursing Diagnosis: ND: The Official Journal of the North American Nursing Diagnosis Association, 5*(2), 65-73.

Lindgren, K. (2005). Testing the health practices in pregnancy questionnaire-II. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG, 34*(4), 465-472.

Lovett, R. B., Wagner, L., & McMillan, S. (1991). Validity and reliability of a pediatric hematology oncology patient acuity tool. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses, 8*(3), 122-130.

Malmgreen, C., Graham, P. L., Shortridge-Baggett, L., Courtney, M., & Walsh, A. (2009). Establishing content validity of a survey research instrument: The older patients in acute care survey-united states. *Journal for Nurses in Staff Development: JNSD: Official Journal of the National Nursing Staff Development Organization, 25*(6), E14-E18.

Marsee, V. D., Lovett, R. B., & McMillan, S. C. (1995). Validity and reliability of an oncology critical care patient acuity tool. *Oncology Nursing Forum, 22*(6), 967-971.

Moore, K. N., & Jensen, L. (2000). Testing of the incontinence impact questionnaire (IIQ-7) with men after radical prostatectomy. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN, 27*(6), 304-312.

Moore, M., & Hastings, C. (2006). The evolution of an ambulatory nursing intensity system: Measuring nursing workload in a day hospital setting. *The Journal of Nursing Administration, 36*(5), 241-248.

Moseley, M. J. (1999). Reliability and validity of the food pyramid self efficacy scale: Use in coronary artery bypass patients. *Progress in Cardiovascular Nursing, 14*(4), 130.

Murray, J. S. (2000). Development of two instruments measuring social support for siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses, 17*(4), 229-238.

Nokes, K. M., & Brown, J. (1997). Teaching about the female condom. *Holistic Nursing Practice, 11*(2), 1-8.

Oleson, M. (1990). Content validity of the quality of life index. *Applied Nursing Research: ANR, 3*(3), 126-127.

Ozturk, H., Sokmen, S., Yilmaz, F., & Cilingir, D. (2008). Measuring mobbing experiences of academic nurses: Development of a mobbing scale. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20*(9), 435-442.

Park, H. (2004). [The development of a client health status outcome evaluation instrument in home care.]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi, 34*(3), 552-564.

Rew, L. (2000). Acknowledging intuition in clinical decision making. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association, 18*(2), 94.

Rew, L., Becker, H., Cookston, J., Khosropour, S., & Martinez, S. (2003). Measuring cultural awareness in nursing students. *The Journal of Nursing Education, 42*(6), 249-257.

Schilling, L. S., Dixon, J. K., Knafl, K. A., Grey, M., Ives, B., & Lynn, M. R. (2007). Determining content validity of a self-report instrument for adolescents using a heterogeneous expert panel. *Nursing Research, 56*(5), 361-366.

Schilling, L. S., Dixon, J. K., Knafl, K. A., Lynn, M. R., Murphy, K., Dumser, S., & Grey, M. (2009). A new self-report measure of self-management of type 1 diabetes for adolescents. *Nursing Research, 58*(4), 228-236.

Sloan, H. L. (2002). Developing and testing of the foot care confidence scale. *Journal of Nursing Measurement, 10*(3), 207-218.

Smith, J. E., Czicman, S. P., Early, J. A., Green, P. T., Lauck, D. L., Lindsay, K., Wright, G. (1994). Validation of the defining characteristics of potential for violence. *Nursing Diagnosis: ND: The Official Journal of the North American Nursing Diagnosis Association, 5*(4), 159-164.

Sportsman, S., Hawley, L. J., Pollock, S., & Varnell, G. (2001). Practice management skills for the nurse practitioner. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing, 17*(5), 226-232.

Tse, F. Y. K., & Fok, M. S. M. (2003). Development of an instrument to measure the responses and management of Chinese primary caregivers in caring of children with minor upper respiratory disorders. *International Journal of Nursing Studies, 40*(8), 863-871.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tung, C., Chen, C., & Lee, P. (2005). A correlational study on health training program participation and influences upon communities volunteers in Taipei city. *The Journal of Nursing Research: JNR, 13*(4), 245-252.

Unhasuta, K., Robinson, M. V., & Magilvy, K. (2010). Research plan for developing trauma core competencies for nurses in Thailand. *International Emergency Nursing, 18*(1), 3-7.

Vedam, S., Aaker, J., & Stoll, K. (2010). Assessing certified nurse-midwives' attitudes towards planned home birth. *Journal of Midwifery & Women's Health, 55*(2), 133-142.

Wagner, L. M., Clark, P. C., Parmelee, P., Capezuti, E., & Ouslander, J. (2005). Use of a content analysis procedure for the development of a falls management audit tool. *Journal of Nursing Measurement, 13*(2), 101-113.

Wang, J., Tseng, H., & Chen, K. (2007). Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people. *Archives of Psychiatric Nursing, 21*(1), 40-47.

Webster, J., Flint, A., & Courtney, M. (2009). A new practice environment measure based on the reality and experiences of nurses working lives. *Journal of Nursing Management, 17*(1), 38-48.

Wynd, C. A., & Schaefer, M. A. (2002). The osteoporosis risk assessment tool: Establishing content validity through a panel of experts. *Applied Nursing Research: ANR, 15*(3), 184-188.

Wynd, C. A., Schmidt, B., & Schaefer, M. A. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research, 25*(5), 508-518.

Yamada, J., Stevens, B., Sidani, S., Watt-Watson, J., & de Silva, N. (2010). Content validity of a process evaluation checklist to measure intervention implementation fidelity of the EPIC intervention. *Worldviews on Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, 7*(3), 158-164.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Yamada, J., Stevens, B., Sidani, S., Watt-Watson, J., & de Silva, N. (2010). Content validity of a process evaluation checklist to measure intervention implementation fidelity of the EPIC intervention. *Worldviews on Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, 7*(3), 158-164.

Zheng, J., You, L., Lou, T., Chen, N., Lai, D., Liang, Y., Zhai, C. (2010). Development and psychometric evaluation of the dialysis patient-perceived exercise benefits and barriers scale. *International Journal of Nursing Studies, 47*(2), 166-180.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo 2. Estudios relacionados con el NWI-R

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Brown, D., & McCormack, B. (2006). Determining factors that have an impact upon effective evidence-based pain management with older people, following colorectal surgery: An ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing, 15*(10), 1287-1298.

Bruyneel, L., Van den Heede, K., Diya, L., Aiken, L., & Sermeus, W. (2009). Predictive validity of the international hospital outcomes study questionnaire: An RN4CAST pilot study. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 41*(2), 202-210.

Budge, C., Carryer, J., & Wood, S. (2003). Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing, 42*(3), 260-268.

Carryer, J., Hansena, C., & Budgea, C. (2008). Public health nurses' perceptions of the professional practice environment in New Zealand. *Primary Health Care Research and Development, 9*(3), 216-224.

Choi, J., Bakken, S., Larson, E., Du, Y., & Stone, P. W. (2004). Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research, 53*(6), 370-378.

Clarke, S. (2007). Hospital work environments, nurse characteristics, and sharps injuries. *American Journal of Infection Control, 35*(5), 302-309.

Cortelyou-Ward, K. H., Unruh, L., & Fottler, M. D. (2010). The effect of work environment on intent to leave the nursing profession: A case study of bedside registered nurses in rural florida. *Health Services Management Research : An Official Journal of the Association of University Programs in Health Administration / HSMC, AUPHA, 23*(4), 185-192.

Cummings, G. G., Hayduk, L., & Estabrooks, C. A. (2006). Is the nursing work index measuring up? moving beyond estimating reliability to testing validity. *Nursing Research, 55*(2), 82-93.

Duffield, C. M., Roche, M. A., Blay, N., & Stasa, H. (2011). Nursing unit managers, staff retention and the work environment. *Journal of Clinical Nursing, 20*(1-2), 23-33.

Duffield, C., Roche, M., Diers, D., Catling-Paull, C., & Blay, N. (2010). Staffing, skill mix and the model of care. *Journal of Clinical Nursing, 19*(15-16), 2242-2251.

Engstrom, W., & Van Kuiken, D. (2006). An environmental assessment using the nursing work Index—Revised survey. *Journal of Pediatric Nursing, 21*(2), 137-137.

Estabrooks, C. A., Tourangeau, A. E., Humphrey, C. K., Hesketh, K. L., Giovannetti, P., Thomson, D., Shamian, J. (2002). Measuring the hospital practice environment: A canadian context. *Research in Nursing & Health, 25*(4), 256-268.

Flynn, L. (2005). The importance of work environment: Evidence-based strategies for enhancing nurse retention. *Home Healthcare Nurse, 23*(6), 366-371.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Flynn, L., Carryer, J., & Budge, C. (2005). Organizational attributes valued by hospital, home care, and district nurses in the United States and New Zealand. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 37*(1), 67-72.

Flynn, M., & McCarthy, G. (2008). Magnet hospital characteristics in acute general hospitals in ireland. *Journal of Nursing Management, 16*(8), 1002-1011.

Gasparino, R. C., & Guirardello, E. d. B. (2009). Tradução e adaptação para a cultura brasileira do "nursing work index - revised". *Acta Paulista De Enfermagem, 22*(3), 281-287.

Gerhardt, W. E., & VanKuiken, D. (2008). Assessing magnet readiness using the nursing work index-revised survey. *The Journal of Nursing Administration, 38*(10), 429-434.

Hansen, C., Carryer, J., & Budge, C. (2007). Public health nurses' views on their position within a changing health system. *Nursing Praxis in New Zealand Inc, 23*(2), 14-26.

Hayne, A. N., Gerhardt, C., & Davis, J. (2009). Filipino nurses in the United States: Recruitment, retention, occupational stress, and job satisfaction. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society, 20*(3), 313-322.

Hinno, S., Partanen, P., Vehviläinen-Julkunen, K., & Aaviksoo, A. (2009). Nurses' perceptions of the organizational attributes of their practice environment in acute care hospitals. *Journal of Nursing Management, 17*(8), 965-974.

Horn, C., & Wimmer, E. A. (2003). A transgene-based, embryo-specific lethality system for insect pest management. *Nature Biotechnology, 21*(1), 64-70.

Jolivet, A., Caroly, S., Ehlinger, V., Kelly-Irving, M., Delpierre, C., Balducci, F., Lang, T. (2010). Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms: A mediating effect of effort-reward imbalance? the ORSOSA study. *Social Science & Medicine (1982), 71*(3), 534-540.

Kanai-Pak, M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing, 17*(24), 3324-3329.

Kang, S. Y., Um, Y. R., & Han, S. S. (2005). A professional nursing practice environment and its impact on nurses' task motivation. *Taehan Kanho Hakhoe Chi, 35*(2), 353-361.

Li, Y. F., Lake, E. T., Sales, A. E., Sharp, N. D., Greiner, G. T., Lowy, E., Sochalski, J. A. (2007). Measuring nurses' practice environments with the revised nursing work index: Evidence from registered nurses in the Veterans Health Administration. *Research in Nursing & Health, 30*(1), 31-44.

Mitchell, J. E. (2009). *Job satisfaction and burnout among foreign-trained nurses in Saudi Arabia: A mixed-method study.* ProQuest Information & Learning). *Dissertation*

Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 70(5). (2009-99220-040)

Palese, A., Lavia, B., Bassan, F., De Corti, C., Del Forno, M., Finos, R., Tosolini, G. (2006). [LARS research project. nursing research laboratory of the health regional agency of the Friuli Venetia Giulia region. observational study on the outcomes of organizative models of medical wards on nurses, patients and organization]. *Assistenza Infermieristica E Ricerca: AIR, 25*(2), 118-122.

Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 42*(1), 13-22.

Slater, P., O'Halloran, P., Connolly, D., & McCormack, B. (2010). Testing of the factor structure of the nursing work index-revised. *Worldviews on Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, 7*(3), 123-134.

Slater, P., & McCormack, B. (2007). An exploration of the factor structure of the nursing work index. *Worldviews on Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, 4*(1), 30-39.

Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care, 42*(2), II57-II66.

Van Bogaert, P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H., & de Heyning, P. V. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in belgian hospitals: Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the revised nursing work index. *International Journal of Nursing Studies, 46*(1), 54-64.

Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2010). Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: A multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing, 19*(11-12), 1664-1674.

Wagner, C. M. (2004). Is your nursing staff ready for magnet hospital status? An application of the revised nursing work index. *The Journal of Nursing Administration, 34*(10), 463-468.

Wieck, K. L., Dols, J., & Landrum, P. (2010). Retention priorities for the intergenerational nurse workforce. *Nursing Forum, 45*(1), 7-17.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo 3. Estudios relacionados con el el PES-NWI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Cheney, T., Anderson, G., & Silber, J. (2005). Importance of nurses work environments in preventing hospital deaths in the US and Canada. *Abstracts/AcademyHealth. AcademyHealth. Meeting, 22* abstract no. 3514.

Aitken, L. M., Burmeister, E., Clayton, S., Dalais, C., & Gardner, G. The impact of nursing rounds on the practice environment and nurse satisfaction in intensive care: Pre-test post-test comparative study. *International Journal of Nursing Studies, In Press, Corrected Proof* doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.10.004

Berndt, A. E., Parsons, M. L., Paper, B., & Browne, J. A. (2009). Preliminary evaluation of the healthy workplace index. *Critical Care Nursing Quarterly, 32*(4), 335-344.

Bonneterre, V., Liaudy, S., Chatellier, G., Lang, T., & de Gaudemaris, R. (2008). Reliability, validity, and health issues arising from questionnaires used to measure psychosocial and organizational work factors (POWFs) among hospital nurses: A critical review. *Journal of Nursing Measurement, 16*(3), 207-230.

Chiang, H. Y., & Lin, S. Y. (2009). Psychometric testing of the Chinese version of nursing practice environment scale. *Journal of Clinical Nursing, 18*(6), 919-929.

Cheng, C., & Liou, S. (2011). Intention to leave of Asian nurses in US hospitals: Does cultural orientation matter? *Journal of Clinical Nursing*, no-no. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03594.x

Cummings, G. G., Hayduk, L., & Estabrooks, C. A. (2006). Is the nursing work index measuring up? moving beyond estimating reliability to testing validity. *Nursing Research, 55*(2), 82-93.

De Pedro Gómez, J., Morales Asencio, J., Sesé Abad, S., Bennasar Veny, M., Artigues Vives, G., & Pericàs Beltrán, J. (2009). Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de Enfermermaría, 12*(7), 65-73.

De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Abad, A. S., Veny, M. B., Vives, G. A., & Campaner, C. P. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: Situación en las islas baleares. *Gaceta Sanitaria, In Press, Corrected Proof* doi: 10.1016/j.gaceta.2010.11.007

DiMeglio, K., Padula, C., Piatek, C., Korber, S., Barrett, A., Ducharme, M., Corry, K. (2005). Group cohesion and nurse satisfaction: Examination of a team-building approach. *The Journal of Nursing Administration, 35*(3), 110-120.

Duffy, J. R. (2009). *Quality caring in nursing. applying theory to clinical practice, education and leadership*. New York: Springer Publising Company. doi:http://springerpub.net/samples/21284_chapter.pdf

Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G. L., & Aiken, L. H. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society, 58*(12), 2401-2406.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Friese, C. R. (2005). Nurse practice environments and outcomes: Implications for oncology nursing. *Oncology Nursing Forum, 32*(4), 765-772. doi:10.1188/05.ONF.765-772

Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research, 43*(4), 1145-1163.

Gardner, G., Woollett, K., Daly, N., & Richardson, B. (2009). Measuring the effect of patient comfort rounds on practice environment and patient satisfaction: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice, 15*(4), 287-293.

Gardner, J. K., Thomas-Hawkins, C., Fogg, L., & Latham, C. E. (2007). The relationships between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association, 34*(3), 271-81; quiz 282.

Gunnarsdóttir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M., & Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. a survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies, 46*(7), 920-927.

Hanrahan, N., Aiken, L., McClaine, L., & Hanlon, A. (2010). Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(3), 198-207.

Hanrahan, N. P. (2007). Measuring inpatient psychiatric environments: Psychometric properties of the practice environment scale-nursing work index (PES-NWI). *The International Journal of Psychiatric Nursing Research, 12*(3), 1521-1528.

Harris, M. (2007). *Factor structure of the practice environment scale-nursing work index*

Harwood, L., Ridley, J., Lawrence-Murphy, J. A., Spence-Laschinger, H. K., White, S., Bevan, J., & O'Brien, K. (2007). Nurses' perceptions of the impact of a renal nursing professional practice model on nursing outcomes, characteristics of practice environments and empowerment--part I. *CANNT Journal = Journal ACITN, 17*(1), 22-29.

Harwood, L., Ridley, J., Lawrence-Murphy, J. A., White, S., Spence-Laschinger, H. K., Bevan, J., & O'Brien, K. (2007). Nurses' perceptions of the impact of a renal nursing professional practice model on nursing outcomes, characteristics of practice environments and empowerment--part II. *CANNT Journal = Journal ACITN, 17*(2), 35-43.

Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., & Fairchild, S. (2009). The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *Western Journal of Nursing Research, 31*(4), 480-495.

Kutney-Lee, A., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2009). Development of the hospital nurse surveillance capacity profile. *Research in Nursing & Health, 32*(2), 217-228.

Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment: Measurement and evidence. *Medical Care Research and Review: MCRR, 64*(2 Suppl), 104S-22S.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research, 55*(1), 1-9.

Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2011). Turnover intention among new nurses: A generational perspective. *Journal for Nurses in Staff Development: JNSD: Official Journal of the National Nursing Staff Development Organization, 27*(1), 39-45.

Leiter, M. P., & Spence Laschinger, H. K. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout: Testing a causal model. *Nursing Research, 55*(2), 137-146.

Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2009). Using the practice environment scale of the nursing work index on Asian nurses. *Nursing Research, 58*(3), 218-225.

Lundmark, V. (2008). Magnet environments for professional nursing practice. In *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. AHRQ publication no. 08-0043. agency for healthcare research and quality, Rockville, MD.* doi:http://www.ahrq.gov/QUAL/nurseshdbk/docs/LundmarkV_MEPNP.pdf

Manojlovich, M. (2005). Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 37*(4), 367-373.

Manojlovich, M., Antonakos, C. L., & Ronis, D. L. (2009). Intensive care units, communication between nurses and physicians, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses, 18*(1), 21-30.

Manojlovich, M., & DeCicco, B. (2007). Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses, 16*(6), 536-543.

Manojlovich, M., & Laschinger, H. (2007). The nursing worklife model: Extending and refining a new theory. *Journal of Nursing Management, 15*(3), 256-263.

Middleton, S., Griffiths, R., Fernandez, R., & Smith, B. (2008). Nursing practice environment: How does one Australian hospital compare with magnet hospitals? *International Journal of Nursing Practice, 14*(5), 366-372.

Moorer, O. W., Meterko, M., Alt-White, A. C., & Sullivan, J. L. (2010). Adding a nursing information technology subscale to the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health, 33*(1), 48-59.

Parker, D., Tuckett, A., Eley, R., & Hegney, D. (2010). Construct validity and reliability of the practice environment scale of the nursing work index for Queensland nurses. *International Journal of Nursing Practice, 16*(4), 352-358.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Patrician, P. A., Shang, J., & Lake, E. T. (2010). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among army medical department registered nurses. *Research in Nursing & Health, 33*(2), 99-110.

Roche, M. A., & Duffield, C. M. (2010). A comparison of the nursing practice environment in mental health and medical-surgical settings. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 42*(2), 195-206.

Samuels, J. G., & Fetzer, S. J. (2009). Evidence-based pain management: Analyzing the practice environment and clinical expertise. *Clinical Nurse Specialist CNS, 23*(5), 245-251.

Spence Laschinger, H. K., & Leiter, M. P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *The Journal of Nursing Administration, 36*(5), 259-267.

Wade, G. H., Osgood, B., Avino, K., Bucher, G., Bucher, L., Foraker, T., Sirkowski, C. (2008). Influence of organizational characteristics and caring attributes of managers on nurses' job enjoyment. *Journal of Advanced Nursing, 64*(4), 344-353.

Walker, K., Middleton, S., Rolley, J., & Duff, J. (2010). Nurses report a healthy culture: Results of the practice environment scale (Australia) in an Australian hospital seeking magnet recognition. *International Journal of Nursing Practice, 16*(6), 616-623.

Warshawsky, N. E., & Havens, D. S. (2011). Global use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nursing Research*, 60(1), 17-31.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo 4. Versión España (español) del PES-NWI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÍTEM	
	Por favor indica hasta qué punto estás de acuerdo con que en tu trabajo se dan las siguientes características
1.	Existen servicios de apoyo* adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes *"Servicios de apoyo": Personal de limpieza, de cocina para el reparto/recogida de bandejas, celadores para la movilización/transporte de pacientes, personal para reponer el almacén, transportar muestras al laboratorio/medicación desde la unidad de farmacia
2.	Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral
3.	Las supervisoras apoyan a las enfermeras
4.	Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras
5.	Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional
6.	Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital
7.	Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras
8.	Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras
9.	Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes
10.	La supervisora es una buena supervisora y líder
11.	El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal
12.	Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo
13.	Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes
14.	Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho
15.	La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad
16.	El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución
17.	Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos
18.	Hay oportunidades de ascender
19.	Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente
20.	Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes
21.	Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales
22.	La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico
23.	La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados
24.	Existe un programa activo de garantía de la calidad
25.	Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)
26.	Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos
27.	Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación
28.	Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico
29.	Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería
30.	Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima.
31.	Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes
32.	Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados (p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo 5. Etapas del proceso de adaptación transcultural de las versiones del PES-NWI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Etapa	Asignación de tarea	Criterio de equivalencia transcultural
Síntesis de del instrumento	Equipo internacional	Contenido, conceptual y contextual
Identificación de las palabras o frases potencialmente problemáticas	Responsable del proceso de adaptación transcultural	Semántica y técnica
Descripción de las palabras o frases potencialmente problemáticas para facilitar la traducción	Enfermeras nativas	Semántica y técnica
Desarrollo de una guía para la traducción	Responsable del proceso de adaptación transcultural	Semántica y técnica
Inicio del proceso de traducción	Dos traductores profesionales independientes, con experiencia en Ciencias de la Salud	Contenido, contexto, semántica, técnica y conceptual
Retro-traducción	Dos traductores profesionales independientes, con experiencia en Ciencias de la Salud	Contenido, contexto, semántica, técnica y conceptual
Valoración de la traducción	Responsable del proceso de adaptación transcultural	Técnica
Selección de 5-10 "expertos" bilingües para la valoración de la relevancia de los ítems y calidad de la traducción	Equipo investigador de cada país	Contenido, contexto, semántica, técnica y conceptual
Valoración por expertos bilingües de la adecuación de las preguntas al contexto sanitario de cada país	Panel de expertos bilingües de cada país	Contenido, contexto y conceptual
Cálculo del CVI	Responsable del proceso de adaptación transcultural	Contenido, contexto, semántica, técnica y conceptual

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo 6. Resultados de la validez de contenido por países (idioma)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Alemania (Alemán)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	1,00	,031	1,00	Excelente
	6	1,00	,031	1,00	Excelente
	11	1,00	,031	1,00	Excelente
- El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución	16	,60	,313	,418	Pobre
	18	1,00	,031	1,00	Excelente
	23	1,00	,031	1,00	Excelente
	25	1,00	,031	1,00	Excelente
	29	1,00	,031	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,925			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	1,00	,031	1,00	Excelente
	15	1,00	,031	1,00	Excelente
	19	1,00	,031	1,00	Excelente
	20	1,00	,031	1,00	Excelente
	24	1,00	,031	1,00	Excelente
	27	1,00	,031	1,00	Excelente
	28	1,00	,031	1,00	Excelente
	31	1,00	,031	1,00	Excelente
	32	1,00	,031	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 1,00			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	1,00	,031	1,00	Excelente
	10	1,00	,031	1,00	Excelente
	14	1,00	,031	1,00	Excelente
	22	1,00	,031	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 1,00			
Dotación de personal y recursos					
	1	1,00	,031	1,00	Excelente
	8	1,00	,031	1,00	Excelente
	9	1,00	,031	1,00	Excelente
	12	1,00	,031	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 1,00			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	1,00	,031	1,00	Excelente
	7	1,00	,031	1,00	Excelente
	13	1,00	,031	1,00	Excelente
	17	1,00	,031	1,00	Excelente
	21	1,00	,031	1,00	Excelente
	26	1,00	,031	1,00	Excelente
	30	1,00	,031	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 1,00			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Bélgica (Francés)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	,71	,164	,660	Buena
	6	,71	,164	,658	Buena
	11	1,00	,008	1,00	Excelente
	16	,71	,164	,658	Buena
	18	,71	,164	,658	Buena
	23	,71	,164	,658	Buena
	25	,71	,164	,658	Buena
- El personal de enfermería tiene la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería	29	,57	,273	,410	Pobre
		S-CVI (Subescala)= 0,731			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	,860	,055	,850	Excelente
	15	,857	,055	,849	Excelente
	19	,714	,164	,658	Buena
	20	,857	,055	,849	Excelente
- Existe un programa activo de aseguramiento de la calidad	24	,571	,273	,410	Pobre
	27	,857	,055	,849	Excelente
	28	,714	,164	,658	Buena
	31	,714	,164	,658	Buena
	32	,857	,055	,849	Excelente
		S-CVI (Subescala)=0 ,778			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	,860	,050	,850	Excelente
	10	,857	,055	,849	Excelente
- Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	14	,429	,273	,214	Pobre
	22	,857	,055	,849	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,751			
Dotación de personal y recursos					
	1	,860	,055	,850	Excelente
	8	,714	,164	,658	Buena
	9	,714	,164	,658	Buena
	12	,714	,164	,658	Buena
		S-CVI (Subescala)= 0,751			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	,860	,055	,850	Excelente
	7	,857	,055	,849	Excelente
	13	,714	,164	,658	Buena
	17	,857	,055	,849	Excelente
	21	,857	,055	,849	Excelente
	26	,857	,055	,849	Excelente
	30	,714	,164	,658	Buena
		S-CVI (Subescala)= 0,817			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Bélgica (Holandés)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	,80	,790	,790	Excelente
	6	,70	,660	,660	Buena
	11	,90	,899	,899	Excelente
	16	,80	,791	,791	Excelente
	18	,70	,660	,660	Buena
	23	1,00	1,00	1,00	Excelente
- Las enfermeras están implicadas en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	25	,60	,497	,497	Pobre
	29	,70	,660	,660	Buena
		S-CVI (Subescala)= 0,775			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	1,00	1,00	1,00	Excelente
	15	,80	,791	,791	Excelente
	19	,90	,899	,899	Excelente
	20	1,00	1,00	1,00	Excelente
	24	,90	,899	,899	Excelente
	27	,80	,791	,791	Excelente
	28	1,00	1,00	1,00	Excelente
	31	,70	,660	,660	Buena
	32	1,00	1,00	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0, 900			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	,90	,900	,900	Excelente
	10	,90	,899	,899	Excelente
	14	,80	,791	,791	Excelente
	22	,90	,899	,899	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0, 875			
Dotación de personal y recursos					
	1	,90	,900	,900	Excelente
	8	1,00	1,00	1,00	Excelente
	9	,80	,791	,791	Excelente
	12	,80	,791	,791	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0, 875			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	,90	,900	,900	Excelente
	7	,90	,899	,899	Excelente
	13	,90	,899	,899	Excelente
	17	,90	,899	,899	Excelente
	21	,80	,791	,791	Excelente
	26	,80	,791	,791	Excelente
	30	,80	,791	,791	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0, 875			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

España (Español)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	,80	,044	,790	Excelente
	6	,90	,010	,899	Excelente
	11	,80	,044	,791	Excelente
	16	,70	,117	,660	Buena
- Hay oportunidades de ascender	18	,50	,246	,337	Pobre
	23	1,00	,001	1,00	Excelente
	25	,90	,010	,899	Excelente
	29	,90	,010	,899	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,813			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	1,00	,001	1,00	Excelente
	15	,80	,044	,791	Excelente
	19	,80	,044	,791	Excelente
	20	,90	,010	,899	Excelente
	24	,80	,044	,791	Excelente
	27	,90	,010	,899	Excelente
	28	,90	,010	,899	Excelente
	31	,70	,117	,660	Buena
	32	,90	,010	,899	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,856			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	,80	,044	,790	Excelente
	10	,90	,010	,899	Excelente
	14	,80	,044	,791	Excelente
	22	,90	,010	,899	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,850			
Dotación de personal y recursos					
	1	,80	,044	,790	Excelente
	8	,90	,010	,899	Excelente
	9	1,00	,001	1,00	Excelente
	12	1,00	,001	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,925			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	,80	,044	,790	Excelente
- Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras	7	,60	,205	,497	Pobre
- Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes	13	,50	,246	,337	Pobre
	17	,90	,010	,899	Excelente
	21	,80	,044	,791	Excelente
	26	1,00	,001	1,00	Excelente
- Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima	30	,20	,044	,163	Pobre
		S-CVI (Subescala)= 0,686			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Finlandia (Finlandés)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	,860	,055	,850	Excelente
- Hay oportunidades de que el personal de enfermería participe en decisiones sobre la política del hospital	6	,571	,273	,410	Pobre
	11	,857	,055	,849	Excelente
	16	1,00	,008	1,00	Excelente
	18	,857	,055	,849	Excelente
	23	,857	,055	,849	Excelente
- Las enfermeras están implicadas en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	25	,571	,273	,410	Pobre
	29	,857	,055	,849	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,804			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	,710	,164	,660	Buena
	15	,857	,055	,849	Excelente
	19	,714	,164	,658	Buena
	20	1,00	,008	1,00	Excelente
	24	,857	,055	,849	Excelente
	27	,857	,055	,849	Excelente
	28	1,00	,008	1,00	Excelente
	31	1,00	,008	1,00	Excelente
	32	,857	,055	,849	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,872			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	,860	,055	,850	Excelente
	10	1,00	,008	1,00	Excelente
	14	1,00	,008	1,00	Excelente
	22	1,00	,008	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,965			
Dotación de personal y recursos					
	1	,710	,164	,660	Buena
	8	,857	,055	,849	Excelente
	9	,857	,055	,849	Excelente
	12	,857	,055	,849	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,820			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	1,00	,008	1,00	Excelente
	7	1,00	,008	1,00	Excelente
	13	1,00	,008	1,00	Excelente
	17	1,00	,008	1,00	Excelente
	21	1,00	,008	1,00	Excelente
	26	1,00	,008	1,00	Excelente
	30	1,00	,008	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 1,00			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Grecia (Griego)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	,70	,117	,660	Buena
- Hay oportunidades de que el personal de enfermería participe en decisiones sobre la política del hospital	6	,50	,246	,337	Pobre
	11	,70	,117	,660	Buena
	16	,90	,010	,899	Excelente
	18	,70	,117	,660	Buena
	23	,90	,010	,899	Excelente
	25	,80	,044	,791	Excelente
- El personal de enfermería tiene la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería	29	,60	,205	,497	Pobre
		S-CVI (Subescala)= 0,725			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	,90	,010	,900	Excelente
	15	,90	,010	,899	Excelente
	19	,80	,044	,791	Excelente
	20	,90	,010	,899	Excelente
	24	,90	,010	,899	Excelente
	27	,90	,010	,899	Excelente
	28	,70	,117	,660	Buena
	31	1,00	,001	1,00	Excelente
	32	,80	,044	,791	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,867			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	,90	,010	,900	Excelente
	10	,90	,010	,899	Excelente
	14	,80	,044	,791	Excelente
	22	,80	,044	,791	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,850			
Dotación de personal y recursos					
	1	,70	,117	,660	Buena
	8	,80	,044	,791	Excelente
	9	,90	,010	,899	Excelente
	12	,90	,010	,899	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,825			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	1,00	,001	1,00	Excelente
	7	,90	,010	,899	Excelente
	13	,90	,010	,899	Excelente
	17	,90	,010	,899	Excelente
	21	1,00	,001	1,00	Excelente
	26	1,00	,001	1,00	Excelente
	30	1,00	,001	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,957			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Irlanda (Inglés-irlandés)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	,880	,031	,870	Excelente
	6	,875	,031	,871	Excelente
- El/la director/a de enfermería es visible y accesible al personal	11	,500	,273	,312	Pobre
	16	,750	,109	,719	Buena
	18	,875	,031	,871	Excelente
	23	,750	,109	,719	Buena
	25	1,00	,004	1,00	Excelente
	29	1,00	,004	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,829			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	,880	,031	,870	Excelente
	15	1,00	,004	1,00	Excelente
	19	,875	,031	,871	Excelente
	20	1,00	,004	1,00	Excelente
	24	,750	,109	,719	Buena
	27	,875	,031	,871	Excelente
	28	1,00	,004	1,00	Excelente
	31	,875	,031	,871	Excelente
- Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados	32	,500	,273	,312	Pobre
		S-CVI (Subescala)= 0,862			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	,880	,031	,870	Excelente
	10	,750	,109	,719	Buena
- Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	14	,625	,219	,520	Pobre
- La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico	22	,625	,219	,520	Pobre
		S-CVI (Subescala)= 0,720			
Dotación de personal y recursos					
	1	,750	,109	,720	Buena
- Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras.	8	,625	,219	,520	Pobre
- Hay suficientes enfermeras para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes	9	,625	,219	,520	Pobre
	12	,750	,109	,719	Buena
		S-CVI (Subescala)= 0,688			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Irlanda (Inglés-irlandés) *(continuación)*

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	1,00	,004	1,00	Excelente
- Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras	7	,625	,219	,520	Pobre
	13	,875	,031	,871	Excelente
- Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos.	17	,625	,219	,520	Pobre
	21	,750	,109	,719	Buena
	26	,750	,109	,719	Buena
- Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima.	30	,625	,219	,520	Pobre
		S-CVI (Subescala)= 0,750			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Países Bajos (Holandés)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	1,00	,002	1,00	Excelente
	6	,889	,018	,887	Excelente
- El/la director/a de enfermería es visible y accesible al personal	11	,556	,246	,410	Pobre
	16	,667	,164	,601	Buena
	18	1,00	,002	1,00	Excelente
	23	1,00	,002	1,00	Excelente
	25	,889	,018	,887	Excelente
	29	1,00	,002	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,875			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	1,00	,002	1,00	Excelente
	15	1,00	,002	1,00	Excelente
	19	,778	,070	,761	Excelente
	20	1,00	,002	1,00	Excelente
	24	,889	,018	,887	Excelente
	27	1,00	,002	1,00	Excelente
	28	,667	,164	,601	Buena
	31	,889	,018	,887	Excelente
	32	,778	,070	,761	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,889			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	1,00	,002	1,00	Excelente
	10	,889	,018	,887	Excelente
	14	,889	,018	,887	Excelente
	22	1,00	,002	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,945			
Dotación de personal y recursos					
	1	,780	,070	,760	Excelente
	8	,889	,018	,887	Excelente
	9	1,00	,002	1,00	Excelente
	12	1,00	,002	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,917			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	1,00	,002	1,00	Excelente
	7	,889	,018	,887	Excelente
	13	1,00	,002	1,00	Excelente
	17	1,00	,002	1,00	Excelente
	21	1,00	,002	1,00	Excelente
	26	1,00	,002	1,00	Excelente
	30	,778	,070	,761	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,952			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Polonia (Polaco)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
- Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional	5	,500	,246	,340	Pobre
- Hay oportunidades de que el personal de enfermería participe en decisiones sobre la política del hospital	6	,500	,246	,337	Pobre
	11	,700	,117	,660	Buena
- El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución	16	,500	,246	,337	Pobre
- Hay oportunidades de ascender	18	,500	,246	,337	Pobre
- La gerencia escucha y responde a las preocupaciones de los empleados.	23	,600	,205	,497	Pobre
- Las enfermeras están implicadas en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	25	,600	,205	,497	Pobre
- El personal de enfermería tiene la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería	29	,500	,246	,337	Pobre
S-CVI (Subescala)= 0,555					
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	,700	,117	,660	Buena
	15	,800	,044	,791	Excelente
- Una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente	19	,600	,205	,497	Pobre
	20	,700	,117	,660	Buena
- Existe un programa activo de aseguramiento de la calidad	24	,500	,246	,337	Pobre
	27	,700	,117	,660	Buena
- Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico	28	,600	,205	,497	Pobre
- Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes	31	,500	,246	,337	Pobre
- Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados ((p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)	32	,500	,246	,337	Pobre
S-CVI (Subescala)= 0,622					

Universitat d'Alacant
de Alicante

Polonia (Polaco) *(Continuación)*

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
- Las supervisoras apoyan a las enfermeras	3	,400	,205	,250	Pobre
	10	,700	,117	,660	Buena
- Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	14	,500	,246	,337	Pobre
	22	,700	,117	,660	Buena
		S-CVI (Subescala)= 0,575			
Dotación de personal y recursos					
	1	,700	,117	,660	Buena
- Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	8	,600	,205	,497	Pobre
- Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	9	,400	,205	,245	Pobre
	12	,700	,117	,660	Buena
		S-CVI (Subescala)= 0,600			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
- Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral	2	,600	,205	,500	Pobre
	7	,700	,117	,660	Buena
	13	,700	,117	,660	Buena
- Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos	17	,500	,246	,337	Pobre
	21	,700	,117	,660	Buena
- Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos	26	,600	,205	,497	Pobre
- Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima	30	,600	,205	,497	Pobre
		S-CVI (Subescala)= 0,629			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Reino Unido (Inglés Británico)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	,730	,081	,700	Buena
- Hay oportunidades de que el personal de enfermería participe en decisiones sobre la política del hospital	6	,636	,161	,567	Pobre
- El/la director/a de enfermería es visible y accesible al personal	11	,636	,161	,567	Pobre
	16	,818	,027	,813	Excelente
	18	,727	,081	,703	Buena
- La gerencia escucha y responde a las preocupaciones de los empleados.	23	,545	,226	,413	Pobre
- Las enfermeras están implicadas en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	25	,636	,161	,567	Pobre
	29	,636	,161	,567	Pobre
		S-CVI (Subescala)= 0,671			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	,910	,005	,910	Excelente
	15	1,00	,000	1,00	Excelente
	19	,909	,005	,909	Excelente
	20	1,00	,000	1,00	Excelente
- Existe un programa activo de aseguramiento de la calidad	24	,545	,226	,413	Pobre
- Hay un programa de orientación para las enfermeras de nueva incorporación	27	,545	,226	,413	Pobre
	28	,727	,081	,703	Buena
- Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes	31	,636	,161	,567	Pobre
- Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados ((p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)	32	,636	,161	,567	Pobre
		S-CVI (Subescala)= 0,768			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	,820	,027	,810	Excelente
	10	,818	,027	,813	Excelente
	14	,909	,005	,909	Excelente
	22	,818	,027	,813	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,841			
Dotación de personal y recursos					
- Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes	1	,640	,161	,570	Pobre
	8	1,00	,000	1,00	Excelente
	9	,818	,027	,813	Excelente
	12	,818	,027	,813	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,819			

Universitat d'Alacant
de Alicante

Reino Unido (Inglés Británico)*(continuación)*

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	1,00	,000	1,00	Excelente
	7	1,00	,000	1,00	Excelente
	13	,818	,027	,813	Excelente
	17	,909	,005	,909	Excelente
	21	1,00	,000	1,00	Excelente
	26	1,00	,000	1,00	Excelente
	30	,909	,005	,909	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,948			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Suecia (Sueco)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	,890	,018	,890	Excelente
	6	,889	,018	,887	Excelente
- El/la director/a de enfermería es visible y accesible al personal	11	,444	,246	,263	Pobre
	16	,667	,164	,601	Buena
	18	1,00	,002	1,00	Excelente
	23	1,00	,002	1,00	Excelente
	25	1,00	,002	1,00	Excelente
	29	,889	,018	,887	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,847			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	1,00	,002	1,00	Excelente
	15	1,00	,002	1,00	Excelente
	19	1,00	,002	1,00	Excelente
	20	1,00	,002	1,00	Excelente
	24	1,00	,002	1,00	Excelente
	27	1,00	,002	1,00	Excelente
	28	1,00	,002	1,00	Excelente
	31	,889	,018	,887	Excelente
	32	,889	,018	,887	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,975			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	,890	,018	,890	Excelente
	10	,889	,018	,887	Excelente
	14	,889	,018	,887	Excelente
	22	,778	,070	,761	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,862			
Dotación de personal y recursos					
	1	1,00	,002	1,00	Excelente
	8	1,00	,002	1,00	Excelente
	9	1,00	,002	1,00	Excelente
	12	,889	,018	,887	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,972			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	1,00	,002	1,00	Excelente
	7	1,00	,002	1,00	Excelente
	13	,889	,018	,887	Excelente
	17	1,00	,002	1,00	Excelente
	21	1,00	,002	1,00	Excelente
	26	1,00	,002	1,00	Excelente
	30	1,00	,002	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,984			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Suiza (Alemán)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	1,00	,002	1,00	Excelente
	6	,889	,018	,887	Excelente
- El/la director/a de enfermería es visible y accesible al personal	11	,556	,246	,410	Pobre
	16	,889	,018	,887	Excelente
	18	1,00	,002	1,00	Excelente
	23	1,00	,002	1,00	Excelente
	25	1,00	,002	1,00	Excelente
	29	1,00	,002	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,917			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	1,00	,002	1,00	Excelente
	15	,889	,018	,887	Excelente
	19	,778	,070	,761	Excelente
	20	1,00	,002	1,00	Excelente
	24	1,00	,002	1,00	Excelente
	27	,889	,018	,887	Excelente
	28	,778	,070	,761	Excelente
	31	,889	,018	,887	Excelente
	32	,778	,070	,761	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,889			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	1,00	,002	1,00	Excelente
	10	1,00	,002	1,00	Excelente
	14	1,00	,002	1,00	Excelente
	22	,889	,018	,887	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,972			
Dotación de personal y recursos					
	1	,890	,018	,890	Excelente
	8	1,00	,002	1,00	Excelente
	9	1,00	,002	1,00	Excelente
	12	1,00	,002	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,973			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	1,00	,002	1,00	Excelente
	7	1,00	,002	1,00	Excelente
	13	1,00	,002	1,00	Excelente
	17	1,00	,002	1,00	Excelente
	21	1,00	,002	1,00	Excelente
	26	1,00	,002	1,00	Excelente
	30	1,00	,002	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 1,00			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Suiza (Francés)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
- Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional	5	,560	,246	,410	Pobre
- Hay oportunidades de que el personal de enfermería participe en decisiones sobre la política del hospital	6	,444	,246	,263	Pobre
	11	,889	,018	,887	Excelente
	16	,889	,018	,887	Excelente
	18	,667	,164	,601	Buena
	23	,778	,070	,761	Excelente
	25	,778	,070	,761	Excelente
	29	,889	,018	,887	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,737			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	,890	,018	,890	Excelente
	15	1,00	,002	1,00	Excelente
	19	,778	,070	,761	Excelente
	20	,667	,164	,601	Buena
	24	,778	,070	,761	Excelente
	27	,889	,018	,887	Excelente
	28	,889	,018	,887	Excelente
	31	,889	,018	,887	Excelente
	32	,667	,164	,601	Buena
		S-CVI (Subescala)= 0,827			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	,780	,070	,760	Excelente
	10	,889	,018	,887	Excelente
- Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	14	,556	,246	,410	Pobre
	22	1,00	,002	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,806			
Dotación de personal y recursos					
	1	,780	,070	,760	Excelente
	8	,778	,070	,761	Excelente
	9	,667	,164	,601	Buena
	12	,667	,164	,601	Buena
		S-CVI (Subescala)= 0,723			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	,890	,018	,890	Excelente
	7	,889	,018	,887	Excelente
- Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes	13	,556	,246	,410	Pobre
	17	,889	,018	,887	Excelente
- Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales	21	,556	,246	,410	Pobre
	26	,667	,164	,601	Buena
- Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima	30	,333	,164	,202	Pobre
		S-CVI (Subescala)= 0,683			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Suiza (Italiano)

Subescala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
	5	1,00	,004	1,00	Excelente
	6	1,00	,004	1,00	Excelente
	11	1,00	,004	1,00	Excelente
	16	1,00	,004	1,00	Excelente
	18	1,00	,004	1,00	Excelente
	23	1,00	,004	1,00	Excelente
	25	1,00	,004	1,00	Excelente
	29	1,00	,004	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 1,00			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	1,00	,004	1,00	Excelente
	15	1,00	,004	1,00	Excelente
	19	1,00	,004	1,00	Excelente
	20	1,00	,004	1,00	Excelente
	24	1,00	,004	1,00	Excelente
	27	1,00	,004	1,00	Excelente
	28	1,00	,004	1,00	Excelente
	31	1,00	,004	1,00	Excelente
	32	,875	,031	,871	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,986			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	1,00	,004	1,00	Excelente
	10	1,00	,004	1,00	Excelente
	14	,875	,031	,871	Excelente
	22	1,00	,004	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,969			
Dotación de personal y recursos					
	1	1,00	,004	1,00	Excelente
	8	,875	,031	,871	Excelente
	9	1,00	,004	1,00	Excelente
	12	1,00	,004	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,969			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	1,00	,004	1,00	Excelente
	7	,875	,031	,871	Excelente
	13	,875	,031	,871	Excelente
	17	1,00	,004	1,00	Excelente
	21	1,00	,004	1,00	Excelente
	26	1,00	,004	1,00	Excelente
	30	,875	,031	,871	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,946			

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

USA (Inglés americano)

Sub-escala	Ítem	I-CVI	Pc	K	Valoración (P)
Participación de las enfermeras en asuntos del hospital					
- Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional	5	,60	,205	,500	Pobre
- Hay oportunidades de que el personal de enfermería participe en decisiones sobre la política del hospital	6	,40	,205	,245	Pobre
- El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal	11	,50	,246	,337	Pobre
	16	,70	,117	,660	Buena
	18	,80	,044	,791	Excelente
	23	,70	,117	,660	Buena
	25	,80	,044	,791	Excelente
	29	,90	,010	,899	Excelente
S-CVI (Subescala)= 0,675		**S-CVI (Subescala)= 0,675**			
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado					
	4	,70	,117	,660	Buena
	15	,90	,010	,899	Excelente
	19	,70	,117	,660	Buena
	20	1,00	,001	1,00	Excelente
	24	1,00	,001	1,00	Excelente
	27	1,00	,001	1,00	Excelente
	28	,70	,117	,660	Buena
- Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes	31	,60	,205	,497	Pobre
	32	,80	,044	,791	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,822			
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora					
	3	,70	,117	,660	Buena
- La supervisora es una buena supervisora y líder	10	,60	,205	,497	Pobre
	14	,90	,010	,899	Excelente
	22	,80	,044	,791	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,750			
Dotación de personal y recursos					
	1	,90	,010	,900	Excelente
	8	,90	,010	,899	Excelente
	9	,80	,044	,791	Excelente
	12	,70	,117	,660	Buena
		S-CVI (Subescala)= 0,825			
Relaciones entre enfermeras y médicos					
	2	1,00	,001	1,00	Excelente
	7	,90	,010	,899	Excelente
	13	,90	,010	,899	Excelente
	17	1,00	,001	1,00	Excelente
	21	,90	,010	,899	Excelente
	26	1,00	,001	1,00	Excelente
	30	1,00	,001	1,00	Excelente
		S-CVI (Subescala)= 0,957			

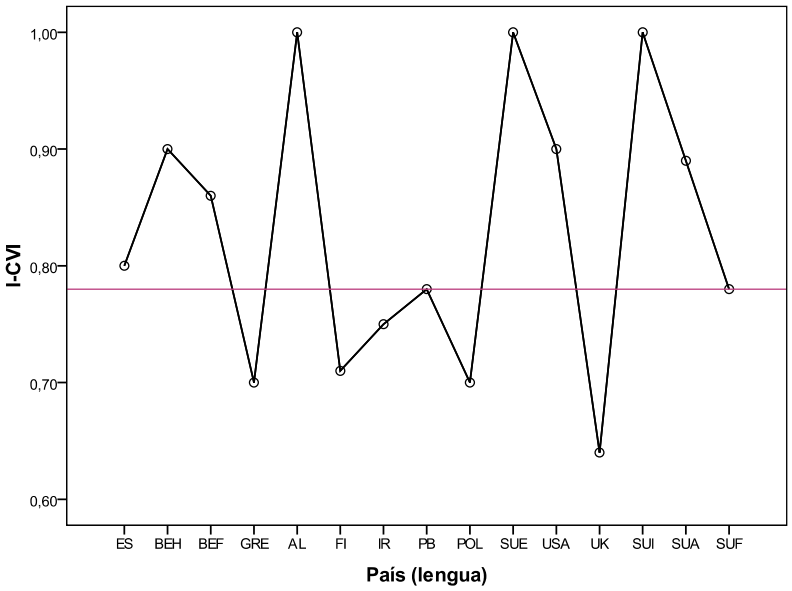
Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

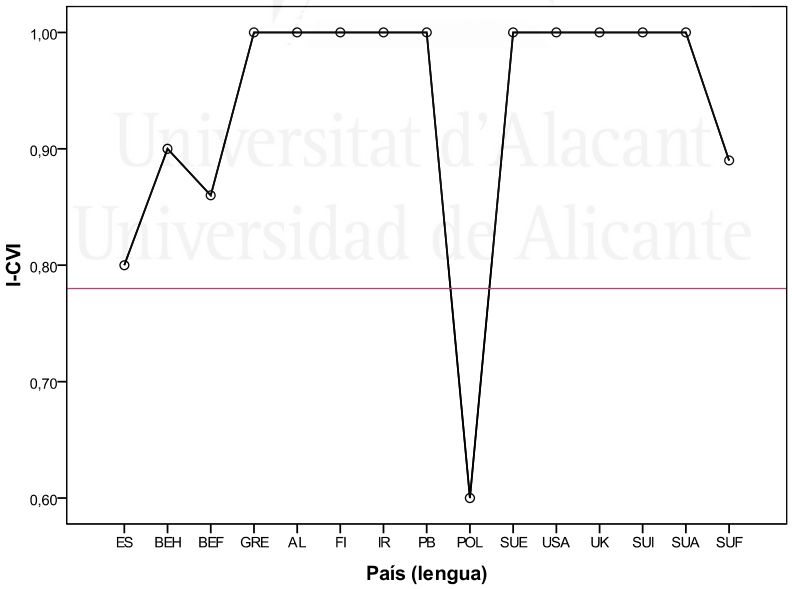
Anexo 7. Representación gráfica de las puntuaciones de los I-ICV de los 32 ítems del PES-NWI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

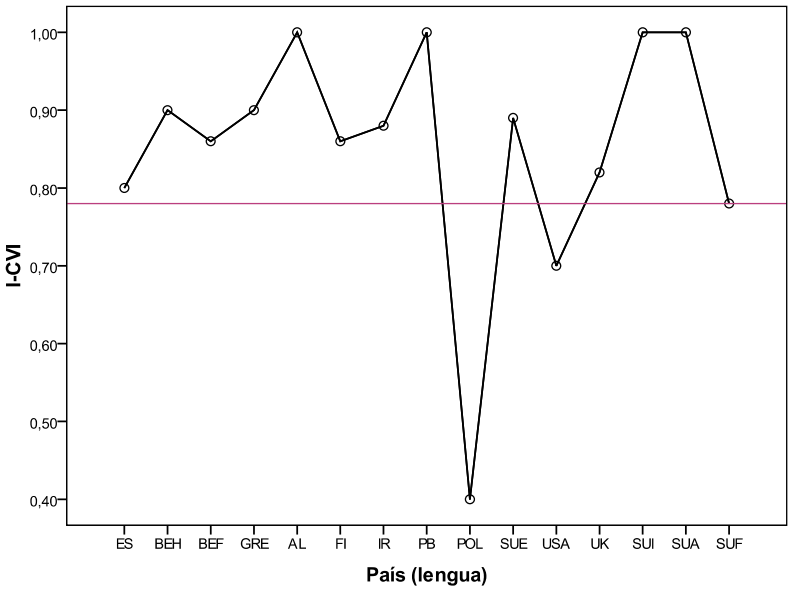
Figura 41. Ítem 1. Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

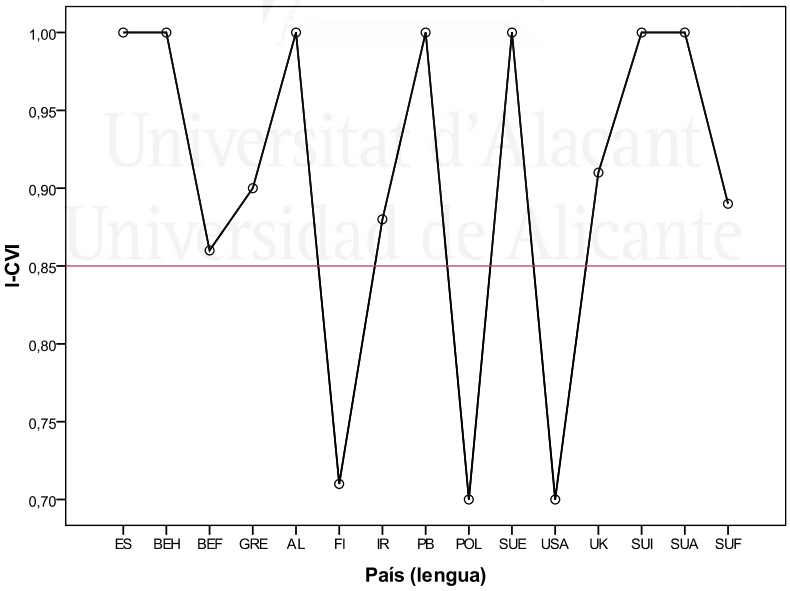
Figura 42. Ítem 2. Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

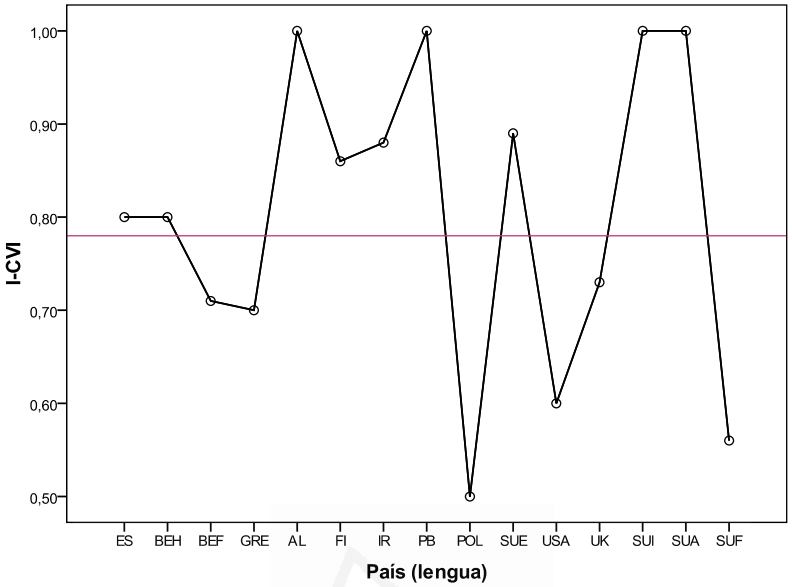
Figura 43. Ítem 3. Las supervisoras apoyan a las enfermeras. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

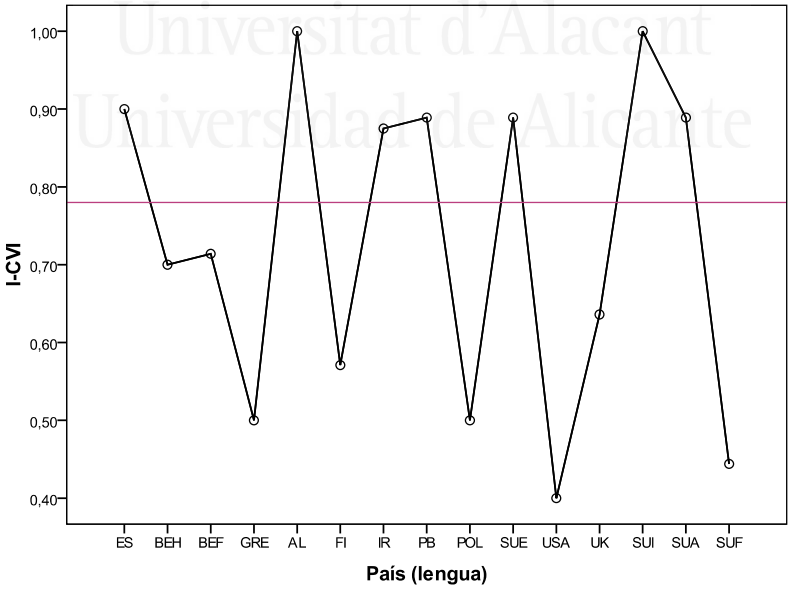
Figura 44. Ítem 4. Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

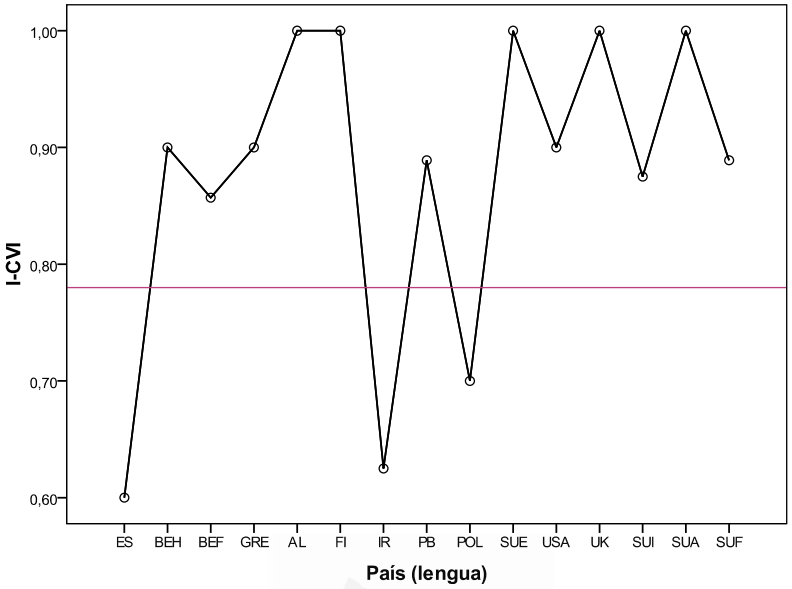
Figura 45. Ítem 5. Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

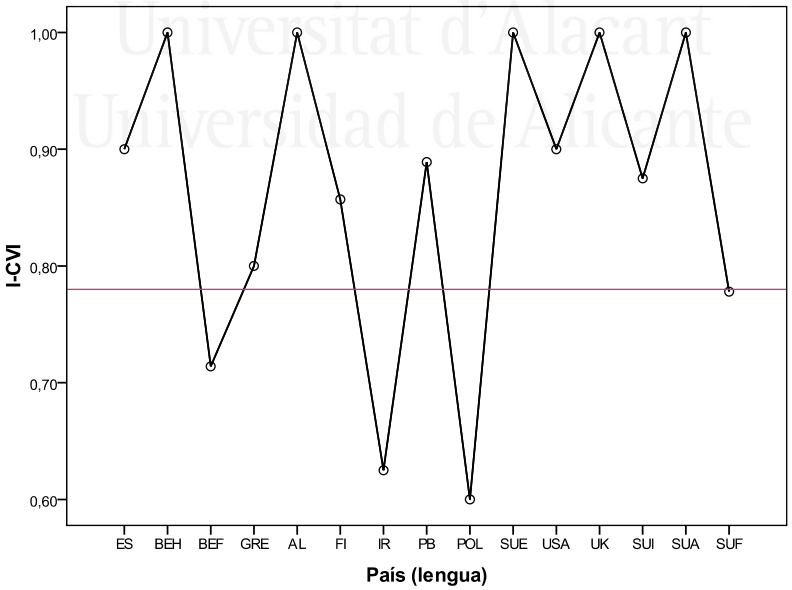
Figura 46. Ítem 6. Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

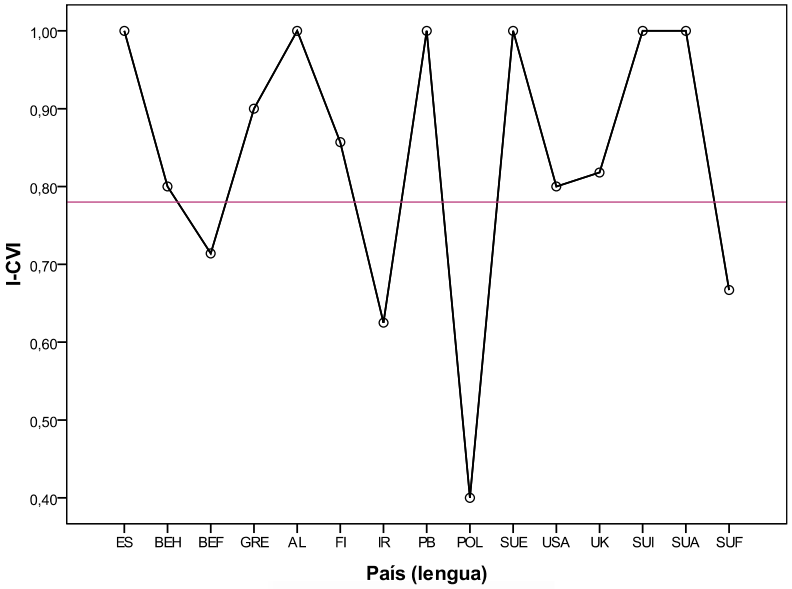
Figura 47. Ítem 7. Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

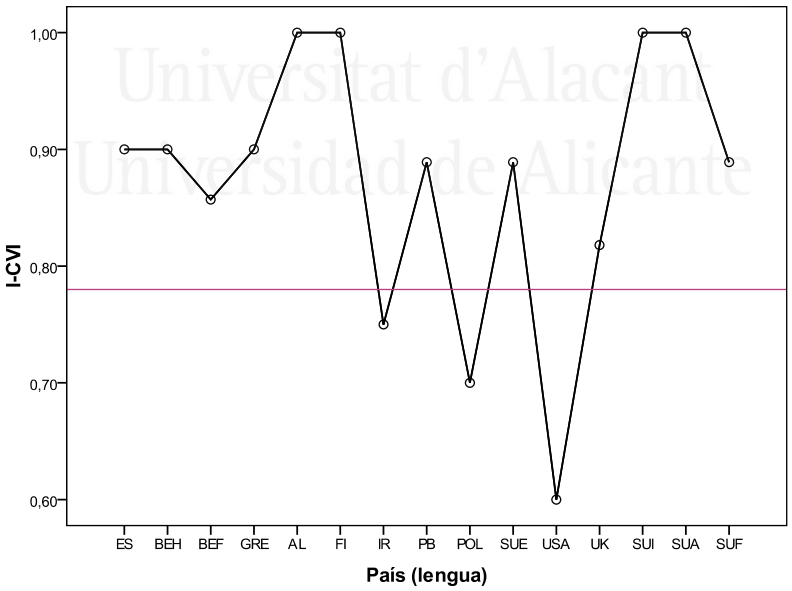
Figura 48. Ítem 8. Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

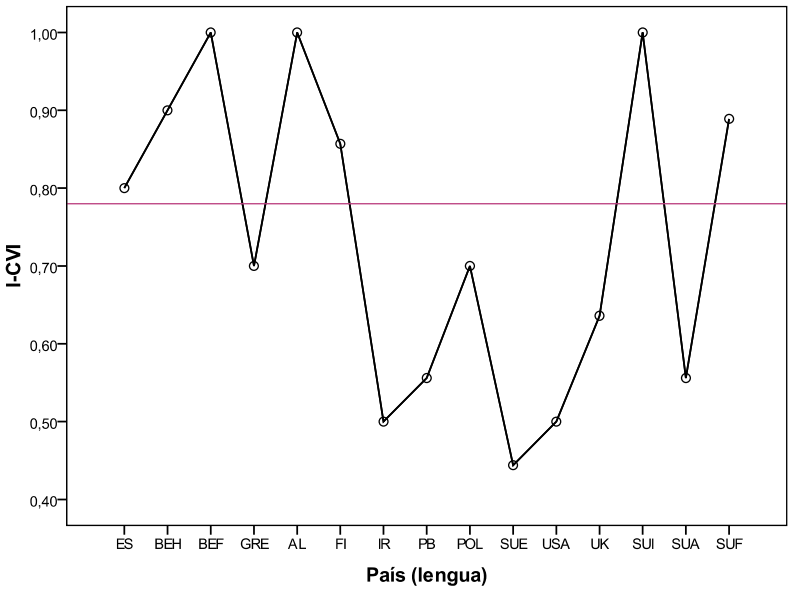
Figura 49. Ítem 9. Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

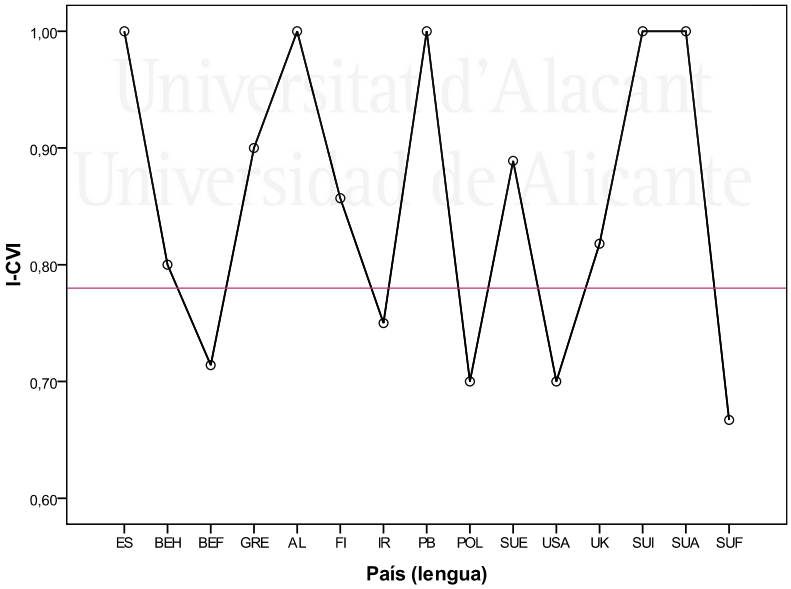
Figura 50. Ítem 10. La supervisora es una buena supervisora y líder. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

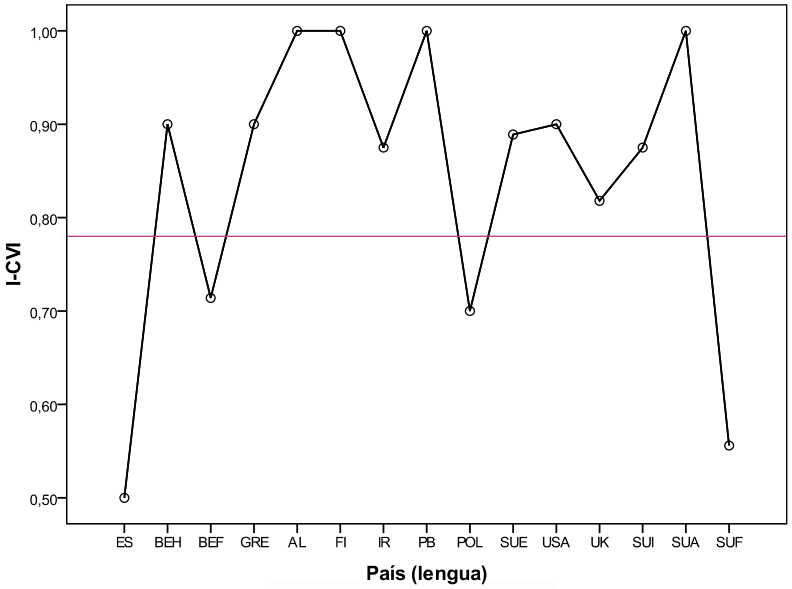
Figura 51. Ítem 11. El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

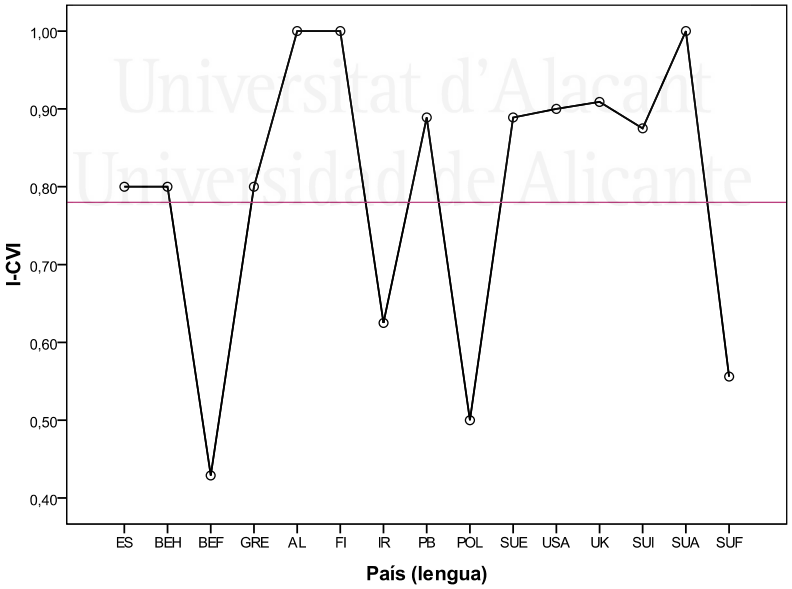
Figura 52. Ítem 12. Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



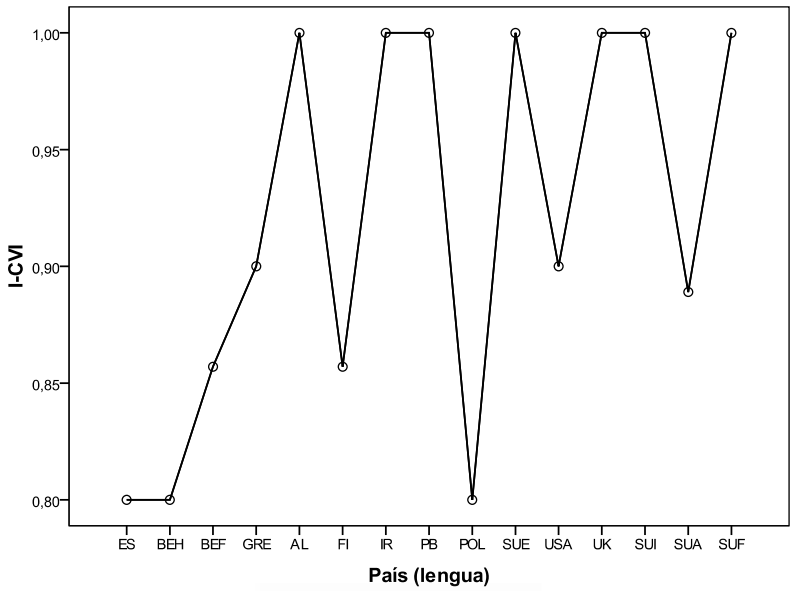
ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 53. Ítem 13. Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes. I-CVI.



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

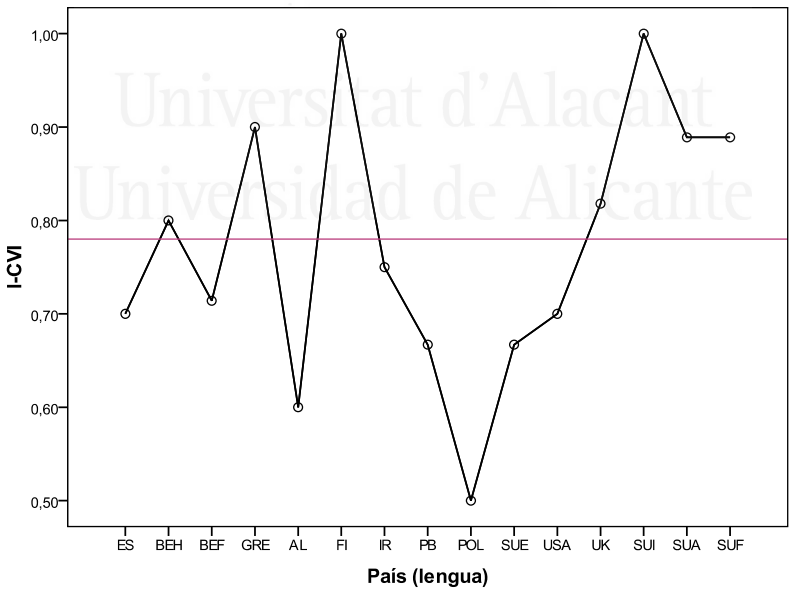
Figura 54. Ítem 14. Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

.

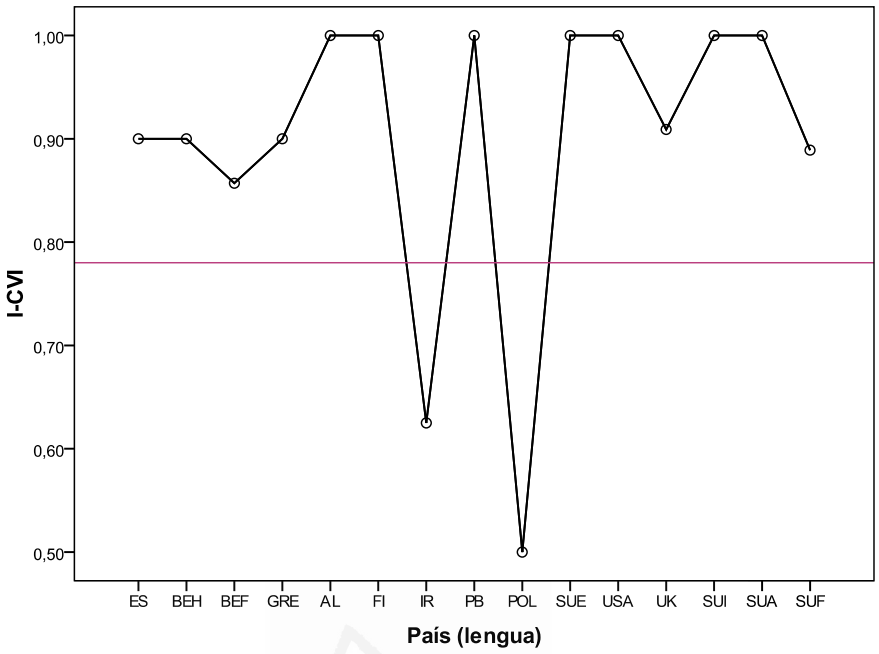
Figura 55. Ítem 15. La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

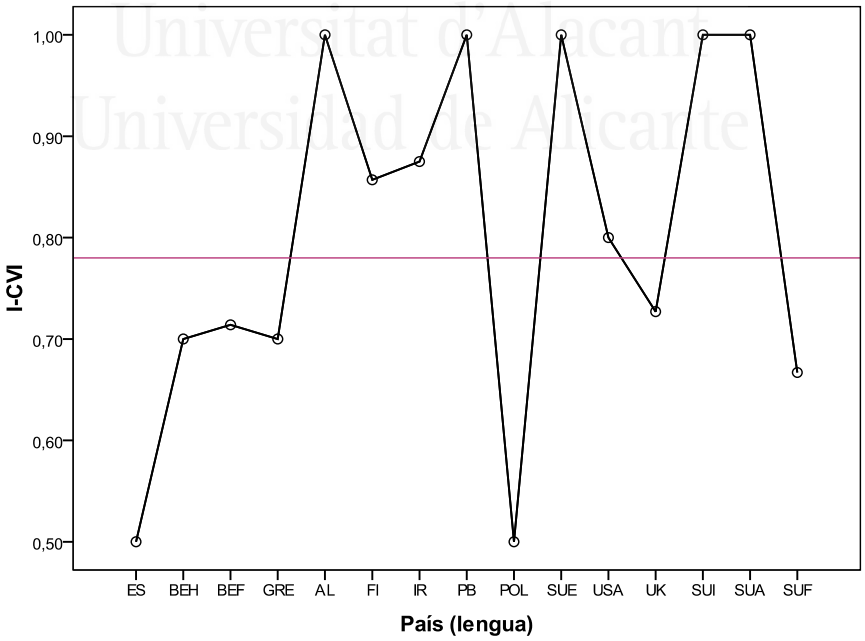
Figura 56. Ítem 16. El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

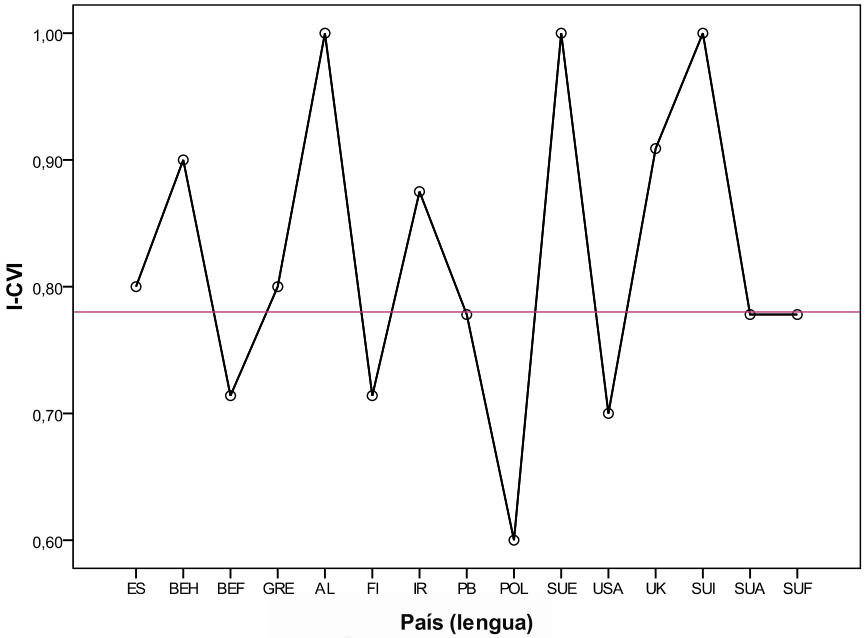
Figura 57.Ítem 17. Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

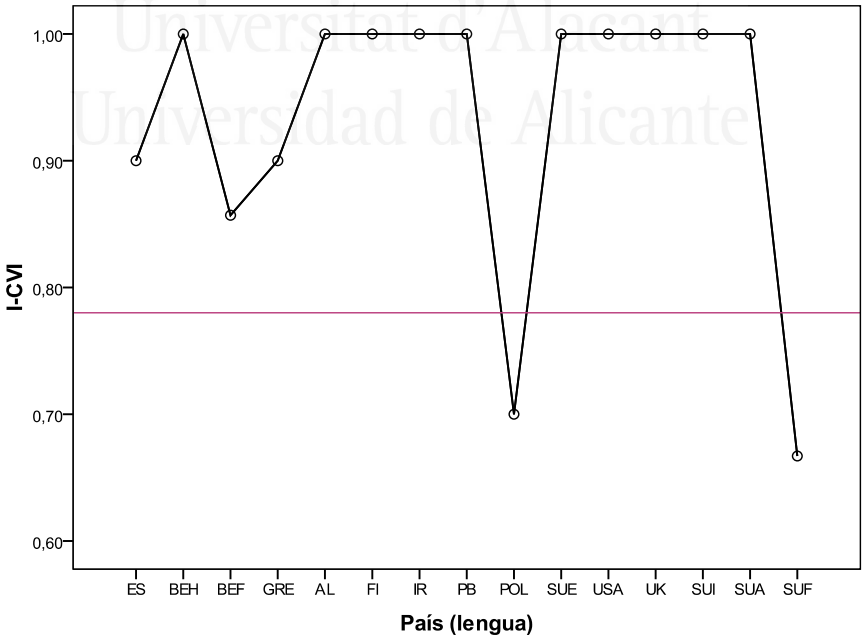
Figura 58. Ítem 18. Hay oportunidades de ascender I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

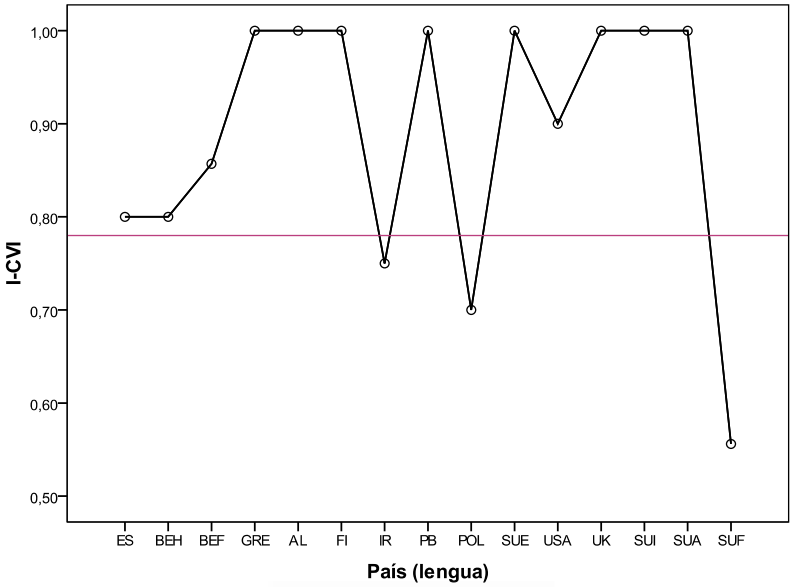
Figura 59. Ítem 19. Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

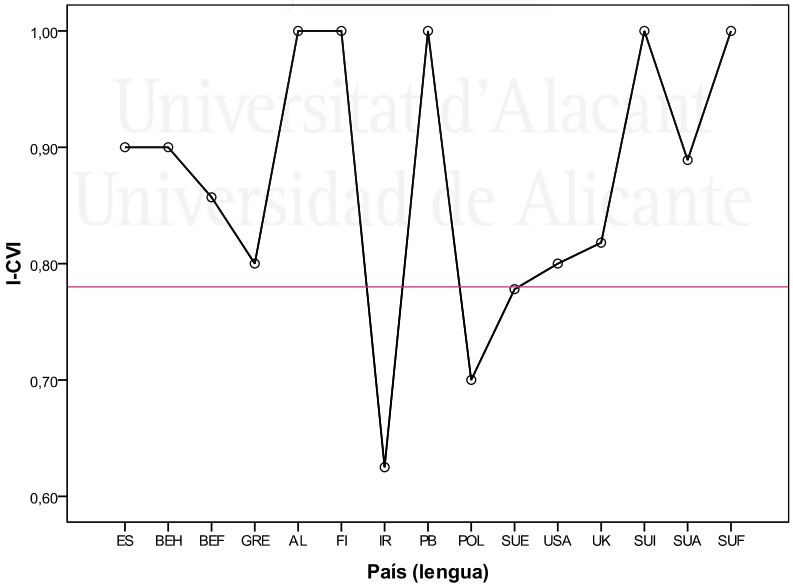
Figura 60. Ítem 20. Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

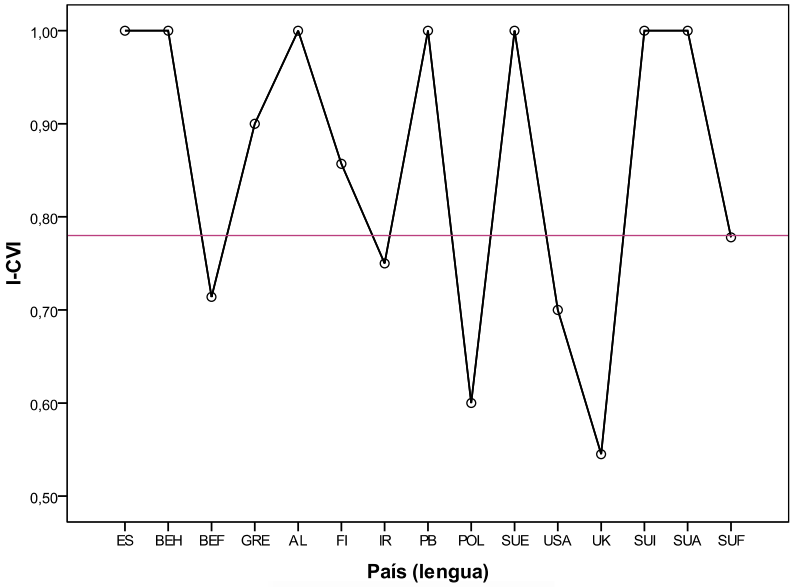
Figura 61. Ítem 21. Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

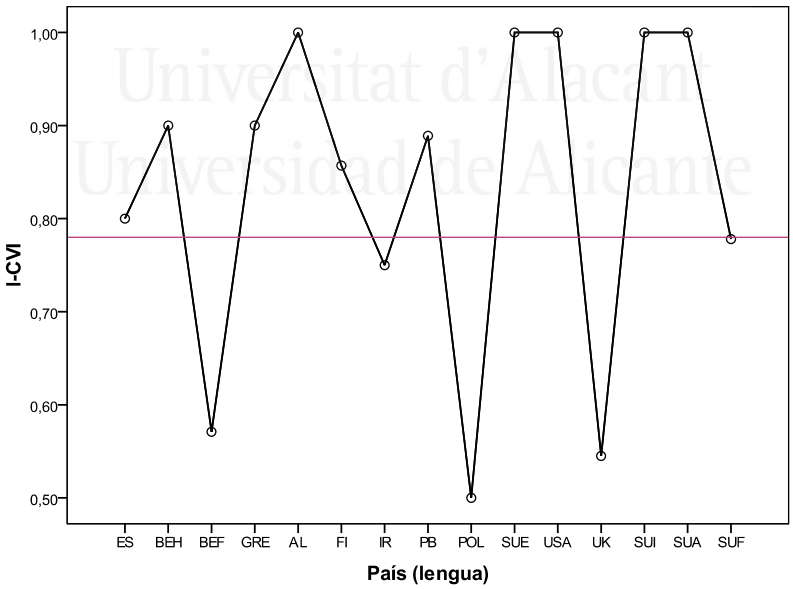
Figura 62. Ítem 22. La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

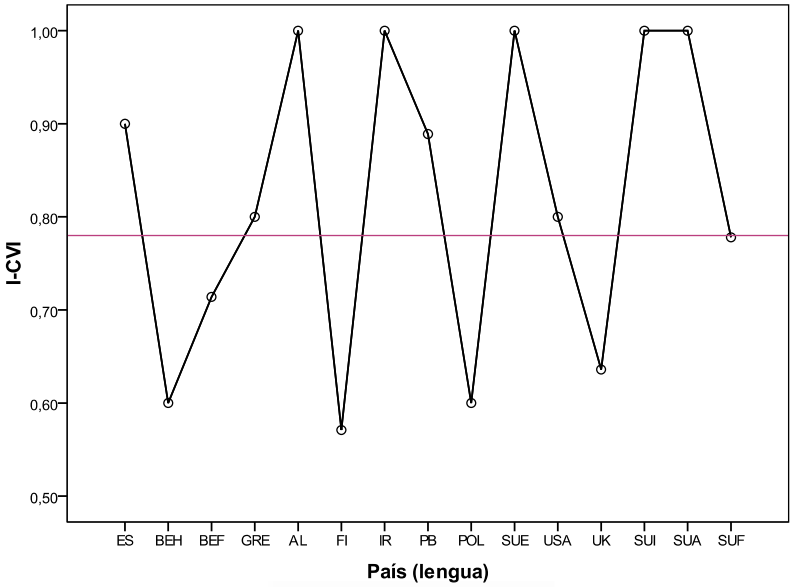
Figura 63. Ítem 23. La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

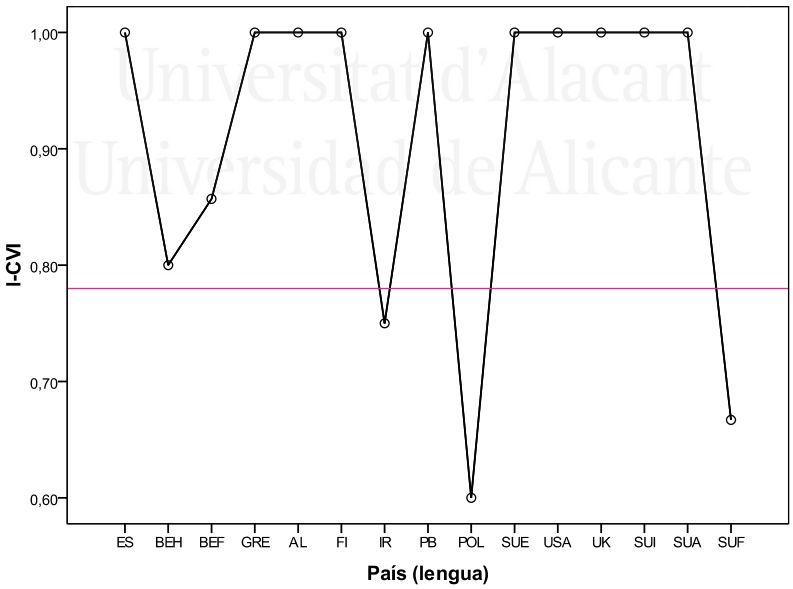
Figura 64. Ítem 24. Existe un programa activo de garantía de la calidad. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

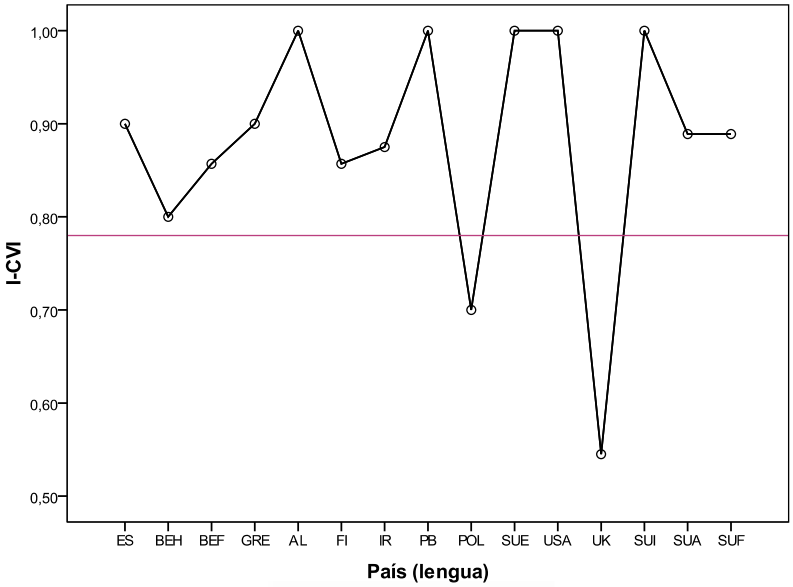
Figura 65. Ítem 25. Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.). I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

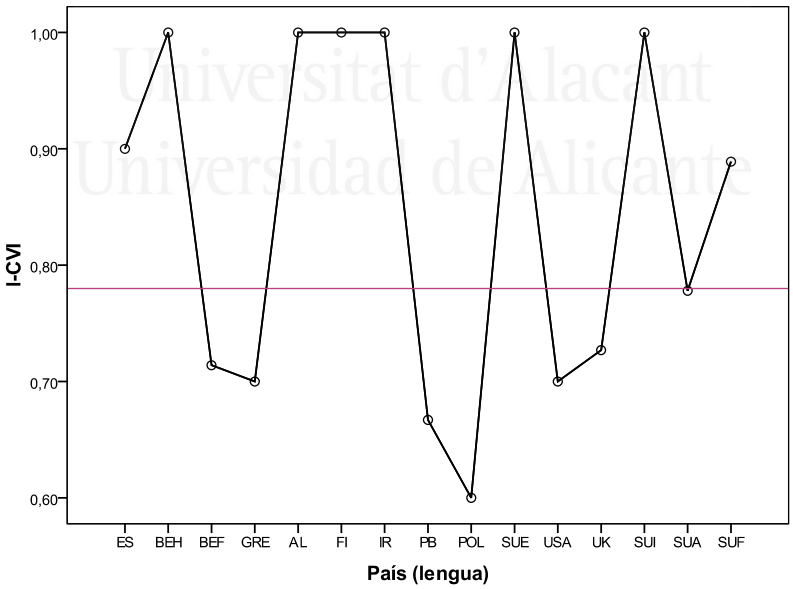
Figura 66. Ítem 26. Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

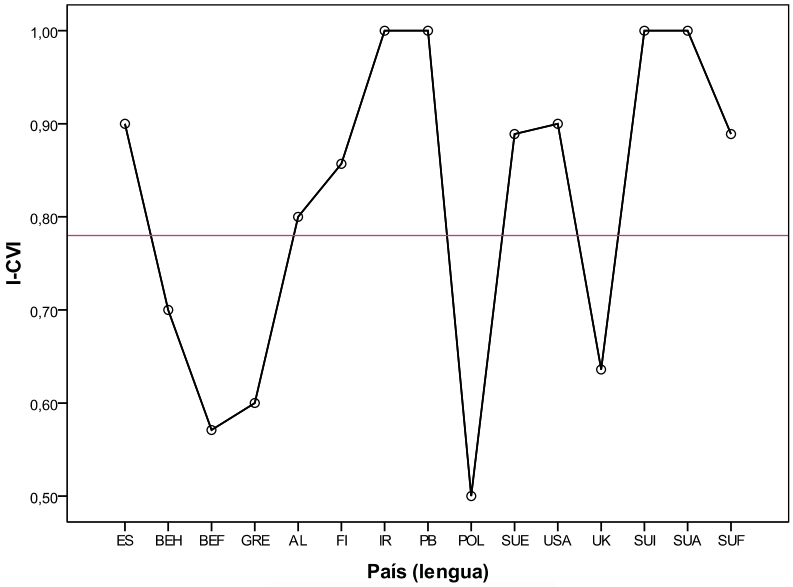
Figura 67. Ítem 27. Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

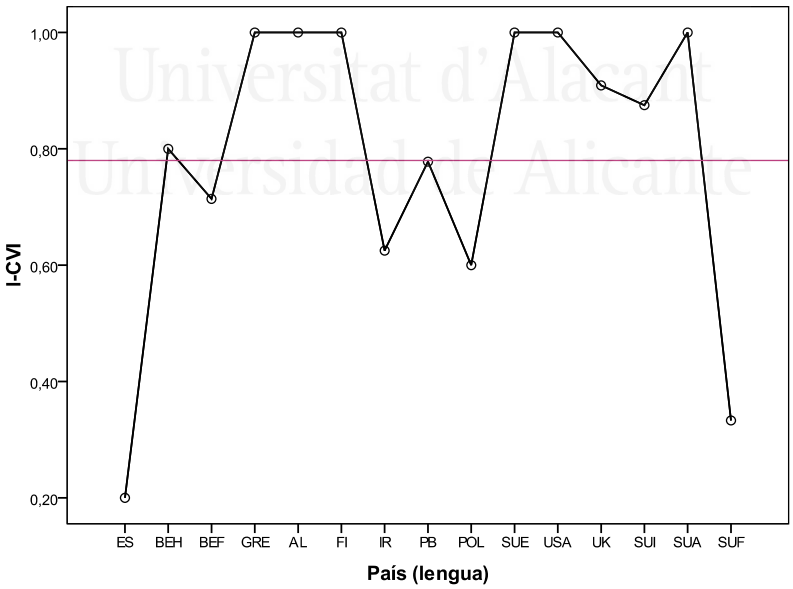
Figura 68. Ítem 28. Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

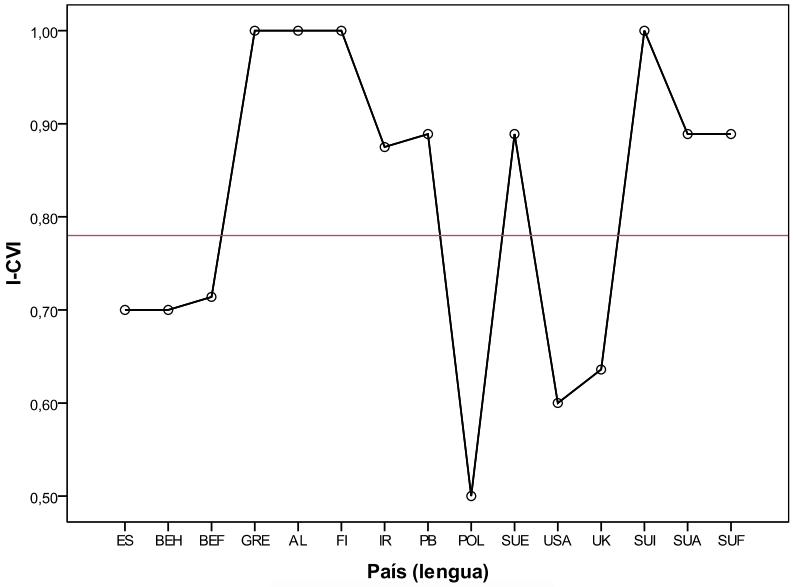
Figura 69. Ítem 29. Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería. I-CVI



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

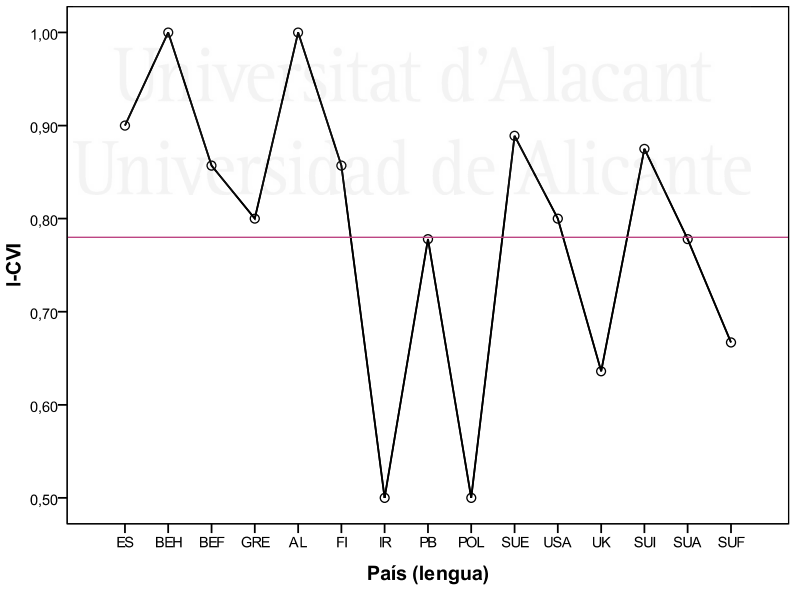
Figura 70. Ítem 30. Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima. I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 71. Ítem 31. Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes. I-CV



ES= España; BEH= Bélgica (Holandés); BEF= Bélgica (Francés); GR=Grecia; AL= Alemania; FI=Finlandia; IR=Irlanda; PB= Países Bajos (Neerlandés); POL= Polonia; SUE=Suecia; SUI= Suiza (Italiano); SUA= Suiza (Alemán); SUF= Suiza (Francés)

Figura 72. Ítem 32. Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados ((p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días). I-CVI

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo 8. Evaluación de los ítems potencialmente problemáticos en función de la subescala

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Subescala 1. Participación de las enfermeras en asuntos del hospital

Ítem	País	Idioma	NE	A	I-CVI	*Pc*	K	Valoración (F)
5	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Suiza	Francés	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
6	Grecia	Griego	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Finlandia	Finlandés	7	4	0,57	0,27	0,41	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil
	Suiza	Francés	9	4	0,44	0,25	0,26	Pobre
11	Irlanda	Irlandés	8	4	0,50	0,27	0,31	Pobre
	Países Bajos	Holandés	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
	Suecia	Sueco	9	4	0,44	0,25	0,26	Pobre
	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil
	Suiza	Alemán	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
16	Alemania	Alemán	5	3	0,60	0,31	0,42	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
18	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	España	Español	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
23	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
	Reino Unido	Inglés	11	6	0,55	0,23	0,41	Débil
25	Bélgica	Holandés	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
	Finlandia	Finlandés	7	4	0,57	0,27	0,41	Débil
	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
	Reino Unido	Inglés	11	7	,64	0,16	0,57	Débil
29	Bélgica	Francés	7	4	0,57	0,27	0,41	Débil
	Grecia	Griego	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil

Subescala 2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado.

Ítem	País	Idioma	NE	A	I-CVI	*Pc*	K	Valoración (F)
19	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
24	Bélgica	Francés	7	4	0,57	0,27	0,41	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Reino Unido	Inglés	11	6	0,55	0,23	0,41	Débil
27	Reino Unido	Inglés	11	6	0,55	0,23	0,41	Débil
28	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
31	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil
32	Irlanda	Irlandés	8	4	0,50	0,27	0,31	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Débil
	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Subescala 3. Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora.

Ítem	País	Idioma	NE	A	I-CVI	*Pc*	K	Valoración (F)
3	Polonia	Polaco	10	4	0,40	0,21	0,25	Pobre
14	Bélgica	Francés	7	3	0,43	0,27	0,21	Pobre
	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
	Suiza	Francés	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
22	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Pobre

Subescala 4. Dotación de personal y recursos

Ítem	País	Idioma	NE	A	I-CVI	*Pc*	K	Valoración (F)
1	Reino Unido	Inglés	11	7	0,64	0,16	0,57	Débil
8	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
9	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	Polonia	Polaco	10	4	0,40	0,21	0,25	Pobre

Subescala 5. Relaciones entre enfermeras y médicos

Ítem	País	Idioma	NE	A	I-CVI	*Pc*	K	Valoración (F)
2	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
7	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	España	Español	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
13	Suiza	Francés	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
	España	Español	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
17	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	Polonia	Polaco	10	5	0,50	0,25	0,34	Pobre
21	Suiza	Francés	9	5	0,56	0,25	0,41	Débil
26	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
30	Irlanda	Irlandés	8	5	0,63	0,22	0,52	Débil
	Polonia	Polaco	10	6	0,60	0,21	0,50	Débil
	Suiza	Francés	9	3	0,33	0,16	0,20	Pobre
	España	Español	10	2	0,20	0,04	0,16	Pobre

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Diligencia de calificación

Reunido el Tribunal que suscribe en el día de la fecha acordó otorgar, por a la Tesis Doctoral de Don/Dña la calificación de .

Alicante de de

El Secretario,

El Presidente,

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

UNIVERSIDAD DE ALICANTE
CEDIP

La presente Tesis de D. _____ ha sido registrada con el nº _____ del registro de entrada correspondiente.

Alicante ___ de _____ de _____

El Encargado del Registro,