	GESTIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS BIBLIOTECARIOS		Código	FO-GS-15
			VERSIÓN	02
	ESQUEMA HOJA DE RESUMEN		FECHA	03/04/2017
			PÁGINA	1 de 147
Elaboró		Revisó		Aprobó
Jefe División de Biblioteca		Equipo Operativo de Calidad		Líder de Calidad

RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTORA:

NOMBRE(S): YENIFER NATALIA APELLIDOS: PÉREZ GÓMEZ

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE: ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): GLORA OMAIRA APELLIDOS: BAUTISTA ESPINEL

CO-DIRECTOR:

NOMBRE(S): OLGA MARINA APELLIDOS: VEGA ANGARITA

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO SOBRE CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA-NORTE DE SANTANDER II SEMESTRE DEL 2022.

La investigación se enfocó en el diseño y validación de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería- Norte de Santander II Semestre 2022, mediante el juicio de expertos, a la luz de la teoría Final Tranquilo de la Vida de Shirley Moore y Cornelia Ruland. Realizando el diseño del instrumento mediante el abordaje de los cinco conceptos básicos planteados (ausencia de dolor, experiencia de bienestar, experiencia dignidad/respeto, estado de tranquilidad/ estar en paz y, proximidad de los allegados) los cuales conformaron cada una de las dimensiones del instrumento. Para la validez de contenido, se tuvo en cuenta el Modelo Lawshe, quien en 1975 planteó un modelo que se basa en organizar un “Panel de Evaluación de Contenido” y así mismo se tomó como referente para la validación facial del instrumento lo propuesto por Jazmine Escobar Pérez en su estudio: “Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización”. Bajo la propuesta de una guía que establece los objetivos de evaluación. Obteniendo como resultado un instrumento con respuestas claras, y preguntas coherentes, relevantes, suficientes y pertinentes para ser aplicadas a la población objeto.

PALABRAS CLAVE: cuidados paliativos, reproducibilidad de los resultados, dolor y clasificación, teoría del dolor total, validez de contenido.

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 147 PLANOS: ILUSTRACIONES: CD ROOM:

Diseño y validación de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022

Yenifer Natalia Pérez Gómez

Universidad Francisco de Paula Santander

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

San José de Cúcuta

2023

Diseño y validación de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022

Autora:

Yenifer Natalia Pérez Gómez

Proyecto de trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de enfermería

Director científico:

Dra. Gloria Omaira Bautista Espinel

PhD en Bioética

Codirectora:

Dra. Olga Marina Vega Angarita

PhD en Educación

Universidad Francisco de Paula Santander

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

San José de Cúcuta

2023



ACTA DE SUSTENTACION N° 27

PROYECTO DE GRADO

FECHA: SAN JOSE DE CUCUTA, 30 DE AGOSTO DEL 2023. HORA: 3:30 P.M.

LUGAR: FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD- SALA DE JUNTAS 301- BLOQUE C

PROGRAMA DE: ENFERMERÍA

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: "DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO SOBRE CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA - NORTE DE SANTANDER II SEMESTRE DEL 2022"


JURADOS: MÓNICA PEÑALOZA GARCÍA
LISBETH LILIANA ESGUERRA GONZÁLEZ
SANDRA MILENA MARTÍNEZ ROJAS

DIRECTOR: GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL

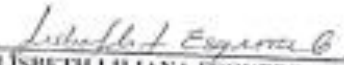
COORDIRECTOR: OLGA MARINA VEGA ANGARITA

NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:	CODIGO	NOTA	CALIFICACION
<u>YENIFER NATALIA PÉREZ GÓMEZ</u>	<u>1801068</u>	<u>4.5</u>	<u>(A) (M) (L)</u> <u>X</u>


FIRMA



MÓNICA PEÑALOZA GARCÍA
Jurado 1



LISBETH LILIANA ESGUERRA GONZÁLEZ
Jurado 2



SANDRA MILENA MARTÍNEZ
Jurado 3



Vo. Bn. GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL
Directora del Programa de Enfermería

CONTENIDO

	pág.
TÍTULO	11
INTRODUCCION	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1 Formulación del problema	21
1.2 Delimitación	21
1.2.1 Espacial	21
1.2.3 Conceptual	21
1.2.3 Temporal	21
2. JUSTIFICACIÓN	22
3. OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo General	28
3.2 Objetivos Específicos	28
4. MARCO REFERENCIAL	29
4.1 Antecedentes	29
4.1.1 Antecedentes Internacionales	29
4.1.2 Antecedentes Nacionales	34
4.1.3 Antecedentes Regionales y Locales	39

4.2 Marco Teórico	40
4.2.1 Teoría Final Tranquilo de la Vida: Cornelia Ruland - Shirley Moore	40
4.3 Marco Conceptual	43
4.3.1 Cuidados Paliativos	43
4.3.2 Reproducibilidad de Resultados	43
4.3.3 Dolor y Clasificación	44
4.3.4 Teoría del Dolor Total	44
4.3.5 Validez de Contenido	45
4.4 Marco Contextual	45
4.5 Marco Legal	46
5. MARCO METODOLÓGICO	49
5.1 Tipo de Diseño	49
5.2 Población y Muestra	50
5.3 Criterios de Inclusión	50
5.3.1 Criterios de Inclusión	50
5.4 Técnicas e Instrumentos para Recolección de Datos	50
5.5 Análisis y Procesamiento de la Información	51
6. ASPECTOS ÉTICOS	52
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	54
8. DISCUSIÓN	74

9. CONCLUSIONES	78
10. RECOMENDACIONES	80
REFERENCIAS	82
ANEXOS	92

Lista de Tablas

	pág.
Tabla 1. Clasificación de dimensiones e ítems que integran el instrumento	56
Tabla 2. Criterios e indicadores de calificación de los ítems	59
Tabla 3. Relación de ítems vinculados en la validación facial y de contenido del instrumento	60
Tabla 4. Cualidades de calificación para la validez de contenido	61
Tabla 5. Características profesionales de los expertos validadores del instrumento	62
Tabla 6. Valoración del coeficiente Kappa	64
Tabla 7. Escala para interpretar la validez de contenido por cada ítem	65
Tabla 8. Resultados del coeficiente Kappa de Fleiss por cada criterio evaluado	67
Tabla 9. Resultados del índice de validez de contenido global	68

Lista de Figuras

pág.

Figura 1. Modelos y teorías de enfermería 54

Lista de Anexos

	pág.
Anexo 1. Formato de validación para juicio de expertos	92
Anexo 2. Consentimiento informado para realizar la validación del instrumento	94
Anexo 3. Formato y acta para validar instrumento	96
Anexo 4. Instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022	120
Anexo 5. Evidencias de procesamiento de los datos	142
Anexo 6. Cronograma	145
Anexo 7. Presupuesto	147

TÍTULO

Diseño y validación de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022.

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define los cuidados paliativos (CP) como aquel que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y sus familias que afrontan problemas relacionados a enfermedades mortales, crónicas y degenerativas. Teniendo como objetivo principal del CP la prevención y el alivio de los signos y síntomas, identificando, evaluando y tratando de manera rápida, temprana y oportuna; el dolor, los problemas físicos, psicosociales y espirituales de los pacientes y sus familias (1).

La necesidad de CP en los pacientes, hasta mediados del siglo pasado era atendida en su mayoría por familiares o cuidadores secundarios, que no contaban con la experiencia sanitaria que se requería para brindar un cuidado de calidad. Sin embargo, el voluntarismo de estas personas por lógica implicaba una relación directa con la parte emocional y afectiva del enfermo, del cual dependía en gran parte la calidad o no del cuidado. Del mismo modo, a finales del siglo pasado la atención de cuidado paliativo aparece dentro de los programas de prestación de salud en unidades específicas, por lo que la atención sanitaria en salud se apropia de manera completa y se incorpora a la atención primaria en CP (2).

Por lo tanto, los CP comprenden un espacio relativamente nuevos donde, muchos profesionales de la salud no están completamente preparados para llevar a cabo este tipo de intervenciones, ya que trabajar en CP abarca en gran parte la motivación por formarse, y así, poder ofrecer un servicio asistencial íntegro y de calidad al paciente y su familia, por lo tanto, si el personal de salud a cargo no cuentan con la formación y la sensibilidad indispensable ante las necesidades del paciente, difícilmente se podrá abordar una relación empática con el paciente y con su familia (3).

Con base a esto, se considera de vital importancia conocer las capacidades de atención que posee el personal de contacto con los pacientes y familias que reciben atención en CP, es por esto que emerge la necesidad de desarrollar un instrumento que indague sobre el conocimiento y prácticas de cuidado implementadas al momento de brindar atención en salud y abarque todas las esferas que componen el CP, como lo son: la enfermedad, el tratamiento, la familia y la muerte. Esta necesidad de encontrar una herramienta que permita diagnosticar estos aspectos en el personal de la salud emerge luego de realizar una revisión exhaustiva de fuentes de información primaria y secundaria, incluidos los elementos que soportan los procesos base del CP que tienen en su haber.

Experiencias internacionales como lo son: la “Guía de Recursos Socio-Sanitarios y Paliativos en Álava”, donde se identifican cuatro elementos para desarrollar un adecuado proceso de intervención y atención en CP. Además, destaca elementos claves como lo son: la buena comunicación, el control adecuado de los síntomas, alivio del sufrimiento y el apoyo a la familia antes de la muerte y durante el proceso del duelo (4). Del mismo modo, existen otros referentes importantes como: “La Guía de Cuidados Paliativos implementada por la Sociedad Española de CP”; en la que se plantean cinco bases terapéuticas para la atención en pacientes terminales, donde, se incluye: la atención integral, el enfermo y la familia, la promoción de la autonomía y la dignidad, la concepción terapéutica activa y la importancia del ambiente (5).

En el caso de Colombia el proceso incluyó, la revisión de la Guía de Práctica Clínica, para la atención de pacientes en cuidado paliativo, la cual se implementó para el país mediante el mecanismo de adopción para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, documento que fue avalado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, en 2016 (6).

Por otro lado, para el desarrollo del presente proyecto se tendrá en cuenta el abordaje de dos postulados teóricos importantes en CP. De una parte están los lineamientos del Modelo de Cecily Saunders madre de los CP, con la teoría del “Dolor total” en el cual se fundamenta el “desarrollo de elementos sociales, emocionales y espirituales, planteando que cuidar a los moribundos no se reduce solo en tratar el dolor” (7), se basa también en todos aquellos aspectos sociales, emocionales y espirituales del paciente y su familia (8). Por otra parte, está el referente de la teoría desarrollada por Shirley Moore y Cornelia Ruland: “Teoría del Final Tranquilo de la vida” las cuales, en su teoría plantean cinco conceptos importantes al momento de brindar los CP, como lo es: la ausencia del dolor, experiencia dignidad/ respeto, experiencia de bienestar y el estado de tranquilidad y proximidades a los allegados/cuidadores (9).

De acuerdo con la revisión de la literatura, se evidencia un vacío en el conocimiento en el personal de salud sobre CP, situación que se demostró en todos los niveles de atención, y no solo en contexto clínico si no también ambulatorio. Lo anterior, da cuenta de la necesidad de identificar las falencias y áreas de énfasis más relevantes, por lo cual, contar con un instrumento viable y adaptado que permita evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre la atención en este tema, será una herramienta diagnóstica de gran importancia para el desarrollo de los procesos de formación continua del personal de salud en las entidades del sistema de salud en Colombia.

Con el desarrollo del presente proyecto se pretende aportar el diseño de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos, que, a su vez, permita identificar los vacíos en el conocimiento enfermero a la hora de brindar CP. Por ello, se requiere que, una vez diseñado y validado el instrumento de la presente propuesta, en una futura investigación, se pueda implementar y aplicar en las entidades de salud, en los diferentes niveles de atención dentro del

sistema de aseguramiento en Colombia. Ya que este tipo de herramientas de valoración, son necesarias para fortalecer los procesos de atención integral y de calidad, que contribuya a mejorar la satisfacción en los pacientes y mejore su condición de vida durante su tránsito por esta etapa; procesos en los que la academia y el programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander pueden liderar espacios de importante intervención.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto de los cuidados paliativos (CP) abordado por la Sociedad Española de CP (SECPAL) se basa, en la etapa de enfermedad terminal o crónica, por la que transita de manera progresiva e incurable el paciente, generando a su vez, una gran demanda de atención en salud; que debe ser atendida de manera inmediata y adecuada (5). Es decir, los CP se centran en el cuidado holístico, brindado a la persona y familia que se encuentran transitando por esta etapa, fundamentándose no solo en el alivio del dolor físico, sino también, abordando todas las dimensiones que constituyen el bienestar del paciente tanto el físico, como emocional y psicológico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que, los CP previenen y alivian el padecimiento de los pacientes y familias que afrontan una enfermedad potencialmente mortal, mediante la implementación de estrategias que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida del paciente, así como la identificación, evaluación y tratamiento rápido y oportuno, independientemente de la dimensión afectada (10). Por otra parte, la OMS estadísticamente estima, que los CP son proporcionados a solo un 14% de las personas que realmente lo requieren, teniendo en cuenta, que cada año 40 millones de personas en el mundo necesitan de CP; siendo un 78% de estas personas pertenecientes a niveles socioeconómicos de ingresos bajos y medianos (10); dejando en evidencia que, a una gran parte de los pacientes que requieren de CP no se le están proporcionando y, a los cuales, a su vez, se les está violando el derecho a la atención en salud. Sin embargo, actualmente existen alrededor de 8.000 servicios de CP en el mundo. Lo que evidencia en gran parte que, estas prácticas han tenido un gran avance en aproximadamente 100 países diferentes (2).

Entre tanto, Latinoamérica cuenta con 922 servicios en CP distribuidos en 19 países, los cuales se han desarrollado poco a poco, considerándose a su vez, progresivamente lentos y fragmentados en cuanto a la instauración de estos servicios; ya que se estima que existen 1,63 servicios por cada millón de habitantes, demostrando así la vital necesidad de que se adopten políticas asociadas a estrategias, donde se tomen las medidas necesarias para garantizar el cubrimiento en su totalidad de las necesidades en CP de toda la población (11).

En lo que respecta a Colombia, el Observatorio Colombiano de CP en su reporte técnico del 2021, establece que el 18% de la población en Colombia con enfermedad crónica es plausible de CP; y que 3 de cada 10 colombianos, fallecen necesitando de este servicio, y a su vez, determina que cuenta con 125 servicios domiciliarios (33 oncológico, 92 no oncológicos, 33 servicios de complejidad baja y 90 servicios de complejidad media) (12). Sin embargo, Colombia ha tenido un importante avance en cuanto a los modelos de atención y educación en CP, los cuales están diseñados para pacientes que se encuentran afrontando problemas relacionados a enfermedades potencialmente mortales, crónicas, degenerativas e irreversibles (2).

Donde actualmente, cuenta con la participación de 367 profesionales en la Asociación Colombiana de CP, con importantes investigaciones, implementadas entre los años 2000 y 2014, en las que el eje central fue evaluar el dolor; obteniendo como resultados en los últimos estudios, que la prevalencia del dolor en los últimos seis meses se enmarcaba en un 76%, y el dolor crónico en un 46%; permitiendo evidenciar y considerar el dolor como un problema por resolver desde la perspectiva de los CP (12).

Por otra parte, a nivel nacional, departamentos como: Cesar, Quindío, Magdalena, Atlántico y Bolívar son considerados los departamentos con un número significativamente mayor de servicios de atención paliativa por cada millón de habitantes y, a su vez, Valle del

Cauca, Antioquia y Bogotá, presentan una alta demanda de pacientes que requieren de CP en comparación con los otros departamentos, encontrándose una tasa de servicios requeridos que oscilan entre el 6,14% y 15,39% de los casos (2).

No obstante, en una investigación hecha en el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Sergipe, sobre “Conocimiento en Cuidados Paliativos entre Médicos Residentes del Hospital”, se evidenció que, en primera instancia, el 78% de los médicos no había recibido información sobre pacientes en situación de CP durante todo su proceso de la carrera; en cuanto al referente de dolor, el 65% de los sujetos de estudio no tenían suficiente conocimiento. Sin embargo, el 73% de los estudiados afirmaron haber adquirido la habilidad de dar malas noticias a los familiares de los pacientes en etapa terminal (13).

De igual manera, la investigación abordada en la Universidad Autónoma de Nuevo León, “Conocimiento de Enfermería sobre Cuidados Paliativos en Centros de Primer y Segundo Nivel de Atención para la Salud”, consideró los conocimientos sobre CP en los objetos de estudios relativamente bajos. Ya que, solo un 35% de los participantes respondieron de manera asertiva las preguntas realizadas (14).

Así mismo, se han realizado estudios donde el objetivo principal ha sido el diseño de un instrumento que evalué los conocimientos sobre CP en el personal de la salud, entre los cuales, es de significativa relevancia mencionar el de “Conocimientos de Estudiantes de Octavo, Noveno y Décimo Semestre del Programa de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista sobre Cuidados Paliativos Medellín 2020-II” en el cual, se diseñó un instrumento que evalúa los CP mediante preguntas de selección múltiple, falso y verdadero; enfocándose de manera central en los aspectos sociodemográficos, los conocimientos de los estudiantes y los aspectos psicosociales de los mismos (2). Sin embargo, al revisarse la fiabilidad del instrumento,

se encontró que este no cuenta con pruebas de confiabilidad y validez de contenido, además de que las técnicas de muestreo empleadas, no permiten hacer inferencias que atribuyan a su usabilidad en otros contextos.

Una vez analizado lo anterior, se encontró que en el contexto del cuidado paliativo aplicado al sistema de salud colombiano, no existe un instrumento que mida de manera adecuada los conocimientos que el personal de salud, debe tener sobre tan importante proceso de atención en salud; aunado a esto se tiene la brecha de implementación que existe del CP en el sistema de salud en Colombia, el cual es de reciente incorporación al sistema general de seguridad social en salud, ya que este se incorporó a los planes de beneficios mediante la Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra). Anudado a esto, los programas de formación en enfermería del país, realizan un abordaje del CP muy somero, debido a que no incluyen competencias específicas para este proceso de atención tan importante. En este sentido, desde la Resolución WHA de la XVII Asamblea Mundial de la Salud 2014 se insta a los estados miembros en el fortalecimiento de los Cuidados Paliativos y la Ley nacional de Cuidados Paliativos, reconocen la necesidad de fortalecer la educación en este campo en todos los niveles de formación de los programas de Medicina, Enfermería y Psicología(15).

Así mismo, en el I encuentro de la Red Colombiana de Cuidado Paliativo REDCOLEDUPAL se propiciaron actividades orientadas a favorecer la construcción colaborativa de planes de trabajo que permitan, a futuro, mejorar la formación en cuidado paliativo en programas de pregrado en medicina, enfermería y psicología. En este evento se reconoció el bajo nivel de desarrollo de los CP del país (16).

Por ello, surge la necesidad e importancia de crear un instrumento sobre el conocimiento en CP en el personal de la salud; específicamente en este caso se hará el abordaje para el

personal de enfermería, debido a que, son los responsables directos de proporcionar CP a los pacientes que se encuentran en la etapa de padecimiento avanzado, incurable y progresivo, que no responden a tratamientos específicos, y al que además se le suma un pensamiento de expectativa de vida reducida, a fin de mantener o mejorar su calidad de vida, y brindar apoyo a sus familias en esta fase y durante el duelo (4). De tal manera que, la falta de conocimientos sobre los CP, el poco interés que se le da a la prestación de este servicio y la carencia de un instrumento que evalúe de manera completa al personal de enfermería; abarcando todos los aspectos importantes del CP, dejen de ser limitantes al momento de brindar un servicio de calidad.

Por último, el presente proyecto busca a través del diseño y validación de un instrumento, evaluar el conocimiento sobre cuidados paliativos en el personal de enfermería, en Norte de Santander, II semestre del 2022, ya que existe una carencia significativa en los programas de formación en enfermería en pregrado en cuanto a las competencias sobre el tema, aspecto que puede fortalecerse mediante acciones de evaluación diagnóstica, contando con instrumentos validados, que abarquen todos los elementos fundamentales del CP, y que a su vez, permita realizar a futuro investigaciones en las cuales, se puedan obtener resultados que contribuyan a la identificación de las necesidades de actualización en los conocimientos del personal en enfermería, y así mismo, se puedan generar estrategias que apoyen el mejoramiento de estos, y contribuyan a que todo paciente que se encuentran en esta etapa, mejore su calidad de vida.

1.1 Formulación del problema

¿Es posible diseñar y validar un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería- Norte de Santander II semestre del 2022?

1.2 Delimitación

1.2.1 Espacial

El presente proyecto se realizó en Norte de Santander, específicamente en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario y Los Patios.

1.2.2 Conceptual

Los Cuidados paliativos, dentro del marco normativo del sistema de salud en Colombia, mediante la Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra), determina que “los servicios de cuidados paliativos son indispensables para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad, generando un alto impacto en su calidad de vida” (17).

1.2.3 Temporal

El desarrollo del presente proyecto, se llevó a cabo durante el II semestre del año 2022.

2. JUSTIFICACIÓN

En Colombia los cuidados paliativos (CP), tuvieron inicio a principios de los ochenta, con la fundación de la primera clínica de Alivio del Dolor y CP, diseñada por Tiberio Álvarez - 1980 en la ciudad de Medellín. Seguido, de la instauración de la fundación de ayuda a la familia de pacientes con enfermedad terminal (Fundación Omega) en la ciudad de Bogotá-1987, creada por la entonces psicóloga- Isa Fonnegra. Así mismo, en 1996 de manera significativa la personería jurídica nacional de la Asociación Colombiana de CP, es reconocida por el Ministerio de Salud (18). Sin embargo, es de importante relevancia mencionar, que los CP se desencadenaron como iniciativas de tipo privada que no se encontraban inmersas en el sistema de salud como tal.

Posteriormente, en 1992 se efectuó la firma de la declaración de Santa Fe de Bogotá (19) y, con base a esto, se inicia la proyección de programas de formación, puesto que, aunque en el nivel académico en Colombia, existía el cuidado paliativo y, se habían realizado muchos esfuerzos en la formación, no existía su reconocimiento formal dentro del programa de enfermería, debido a que, los cuidados paliativos fueron orientados desde sus inicios principalmente a la formación de medicina y psicología, mas no del personal de enfermería.

Por otra parte, la norma establecida “Guía de Atención Primaria en Cuidado Paliativos- 2021 y, avalada por SECPAL” (5) hace hincapié, en las necesidades que el CP se dé en todos los niveles de atención, y no solamente en primero, segundo y tercer nivel, movilizand o el cuidado paliativo, hacia todas las áreas de los servicios en salud, incluido el domicilio del paciente.

En el 2014 del mismo modo, la Ley 1733 del 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra), establece que, todo paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, necesita de CP, donde el control del dolor y otros síntomas, el apoyo médico, social, espiritual,

psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo, se consideran esenciales para que se torne una atención integral y de calidad (17).

Por consiguiente, para el año 2014, se logra también identificar que solo el 14% de las personas que necesitan de CP en realidad los reciben. Con base a esto, la primera resolución mundial sobre CP WHA 67.19, instó a la OMS y los Estados Miembros a ampliar el acceso a los CP como un componente básico en los sistemas de salud, enfatizando en la atención primaria y la asistencia comunitaria y domiciliaria (15).

Para mayo del 2021 en su Edición 4, la OCAP (Observatorio colombiano de cuidados paliativos); determina que los CP, se componen del cuidado holístico y activo, que se le debe proporcionar a toda persona que padezca un sufrimiento relacionado con la salud, a causa de una enfermedad grave y especialmente a todo aquel que se acercan a la etapa final de la vida (12).

No obstante, en un estudio realizado en España (2022), sobre la “Valoración de las Necesidades Formativas de Nivel Básico en Cuidados Paliativos en Enfermeras de Atención Primaria en España”, se evidenció que, en lo que respecta a CP en atención primaria, solo el 40,5% enfermeras valoradas, manifiestan sentirse preparadas para brindar CP, siendo la parte psicoemocional, el duelo y el afrontamiento de pérdidas los aspectos que más consideran dominar. Sin embargo, el estudio demostró que, 83,76% de las enfermeras teóricamente manejaban conocimientos sobre el tema, pero solo el 43,36% tienen la habilidad de proporcionarlos. Por lo tanto, se concluye que, enfermería sigue presentando falencias en CP, especialmente al momento de llevarlos a la práctica, considerando de manera fundamental la necesidad de formación en la atención a este servicio, de modo que, contribuya a la satisfacción de las necesidades de las personas que requieren de cuidados paliativos y de sus familias (20).

En esta perspectiva, el tema de los cuidados paliativos son de importante abordaje, ya que dentro del contexto de salud, los CP son la base principal para que el paciente, que se encuentre transitando por esta etapa, mejore su calidad de vida, y en llegado caso goce de un final digno, como dice Cicely Saunders “la muerte puede ser una experiencia positiva a la que todos tenemos derecho” (21), con base en esto, debemos tener en cuenta que, de la calidad de atención brindada depende el grado de satisfacción, tanto del paciente como de la familia, en el transitar por esta etapa. Sin embargo, se debe tener en cuenta que, CP no se basan solo brindar apoyo emocional y compañía familiar, si no que se centra en principales aspectos como el alivio del dolor, la comodidad y el confort, y el alivio de diferentes síntomas que se van desencadenando a medida que va avanzando la enfermedad; de modo que, los CP pasan de ser solo un servicio de atención, a convertirse en un cuidado indispensable, necesario y obligatorio en la vida de toda persona que padece de una enfermedad degenerativa, progresiva e incurable (21).

Sin embargo, para que los CP se tornen de calidad, y puedan cumplir con la satisfacción de todas las necesidades tanto físicas, como psicológicas y morales del paciente, que requiere de estos cuidados, debemos contar principalmente con personal de enfermería, capacitado y apto para prestar este servicio, que tenga tanto conocimientos, como actitudes y habilidades de enfrentar y llevar junto con el paciente y la familia un tránsito de la enfermedad y final de vida digno.

Con base en lo analizado anteriormente, surge el propósito de este proyecto, que se centra específicamente en, diseñar y validar un instrumento sobre el conocimiento del personal de enfermería en cuidados paliativos, adaptable a las características del contexto nacional de salud, y que a su vez permita, acompañar tanto al paciente como a la familia en el proceso de enfermedad y tratamiento, hasta el desenlace final de su vida.

En efecto, con el abordaje de este proyecto, se desencadena una alta relevancia a nivel del ámbito académico, puesto que enfermería, es considerada como una dependencia de crecimiento continuo en cuanto a conocimientos. Sin embargo, con lo respecta al tema de CP, se puede identificar una gran necesidad, de mejorar el conocimiento y las capacidades del talento humano en salud al momento de identificar los pacientes y así mismo proporcionar los CP. Por ello, se espera que con esta investigación, se logren identificar las necesidades educativas futuras, en cuanto al CP que tiene el personal de enfermería, buscando a su vez generar un impacto en el sector salud, fortaleciéndose procesos de educación e investigación, así como, el reconocimiento y prestigio para la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS), y al Grupo de Investigación en Cuidado de Enfermería (GICE), específicamente en su línea de investigación Cronicidad y Paliación., que se plantea, sean los impulsores y colaboradores, en el futuro desarrollo de nuevas investigaciones.

En lo que corresponde al ámbito social, el estudio de los cuidados paliativos, y el diseñar un instrumento, sobre los conocimientos del personal de enfermería respecto al tema, genera un impacto significativo, ya que garantiza en los pacientes, una atención digna y de calidad, una mayor accesibilidad a la atención en cuidados paliativos, y un personal de salud con conocimientos actualizados y habilidades basadas dentro del contexto de salud colombiano, para brindar este servicio, contribuyendo a que tanto el paciente como la familia trasciendan por una etapa de enfermedad, tratamiento y final de la vida que les genere satisfacción.

En el ámbito Científico, según lo analizado en la literatura, son escasos tanto a nivel local como nacional los instrumentos, que permitan medir los conocimientos en cuidados paliativos, al personal de enfermería, que sean viables y de calidad, y a su vez permitan su usabilidad para el desarrollo de nuevas investigaciones, basados en el contexto de salud y el marco legal

colombiano. Por tanto, se espera que, con el instrumento diseñado en este proyecto, se generen nuevas investigaciones, a fin de que se puedan identificar todas aquellas falencias o necesidades de conocimientos en cuanto a cuidados paliativos en el personal de enfermería, y así mismo, contribuya a que se generen estrategias a fin de dar solución a los problemas identificados y garantizar mejoras en los procesos de atención en el paciente y su familia.

A nivel económico, los cuidados paliativos, al tornarse como una forma de generar que el paciente transite, por una etapa donde se encuentra afectada de manera significativa su salud, sea digna. Sin lugar a dudas podría reconocerse como un ahorro económico relevante en salud, debido a que incluir los cuidados paliativos, en todos aquellos pacientes que trascienden por una enfermedad terminal o crónica, evita la implementación de tratamientos farmacológicos largos e innecesarios, disminuyendo así, gastos de altos costo en el sistema de salud. Del mismo modo, Puede también disminuir las consultas innecesarias que impliquen gastos farmacológicos y hospitalarios, así mismo orientando a la familia y paciente en el estado de la enfermedad y alternativas terapéuticas con CP. Evitando internaciones prolongadas en unidades de cuidado intensivo con tratamientos costosos y que no mejoran la calidad de vida en la enfermedad, si no, que aumentan gastos.

Por ello, es necesario que la prestación de estos cuidados paliativos sea de calidad y contribuyan de manera positiva en el paciente y su familia. Por lo tanto, se espera que, con el abordaje de este proyecto, se pueda obtener la información necesaria en cuanto al nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería para brindar este servicio, y así mismo, se puedan planificar estrategias que contribuyan al mejoramiento de las necesidades de conocimientos respecto al tema, garantizando así, una atención de calidad en el paciente y su familia.

No obstante, con el estudio de los cuidados paliativos, y el garantizar que sean de calidad, se está respetando legalmente, el derecho que tiene toda persona con enfermedad crónica, terminal o degenerativa al acceso en la atención de cuidados paliativos, basados dentro del marco normativo colombiano, y que generen, un alto impacto en la calidad de vida del paciente. Sin embargo, con el análisis literatura estudiada, se pudo evidenciar que es mínimo el porcentaje de pacientes que reciben atención en CP en comparación de la cantidad de personas que lo requieren, siendo esto, consecuencia de las falencias que tiene el sistema de salud para atender estos casos y a su vez, contribuye de manera significativa la necesidad de actualización de conocimientos que requiere el personal de enfermería para este brindar el servicio. Por lo cual, con el desarrollo de este proyecto basado en el diseño de un instrumento que permita medir los conocimientos enfermeros en lo que respecta a CP, se pretende de manera inicial, implementar formas para dar solución a los problemas identificados y a su vez, que se genere un aumento en la demanda de pacientes a los que se les proporcionan los CP.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Desarrollar el diseño y validación de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022.

3.2 Objetivos Específicos

Revisión de la literatura existente en torno a la temática del cuidado paliativo.

Construir los ítems de un instrumento sobre el conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería.

Realizar la validación facial y de contenido del instrumento, sobre el conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Antecedentes

Se realizó una revisión exhaustiva de artículos basados en la temática de los cuidados paliativos, utilizando descriptores como: Cuidado Paliativo, Diseños de instrumentos basados en cuidados paliativos y, enfermería y los cuidados paliativos. Con temporalidad de 5 años publicados entre el año 2018-2022, así como también, la totalidad de los artículos utilizados se manejaron en idioma español, siendo estos, tomados de páginas web principalmente utilizando el buscador de Google Scholar, y revistas como: SciELO, Dialnet, CONAMED, Galenus, Revista Javeriana y Sepsal.

4.1.1 Antecedentes Internacionales

Durante el proceso de “Validación y Aplicación de Encuesta sobre el Conocimiento de Cuidados Paliativos a Residentes de Pediatría”. La Dra. Vilma Marcela Pérez R. de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UNAL). Monterrey, México en 2021. Realizó un estudio observacional, no ciego, descriptivo, prospectivo, transversal. El cual tuvo como objetivo, traducir y validar del inglés al español el cuestionario de Ebrahimi & Ebrahim, sobre el conocimiento de cuidados paliativos a residentes de pediatría. A fin de identificar la validez en español del cuestionario, el cual está diseñado bajo tres dimensiones, primero los aspectos sociodemográficos, como segunda y tercera dimensión 66 ítems, en donde se considera conocer el grado de satisfacción del servicio cuidados paliativos, y tópicos generales y retos éticos para la implementación de cuidados paliativos pediátricos (22).

Tomando como población de muestra a residentes de pediatría de especialidad y subespecialidad del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, con edades entre 21 y

30 años, y escolaridad de entre primer año y subespecialidad. Para los análisis estadísticos de los resultados, se llevó a cabo la utilidad del programa IBM SPSS v26 (USA), y mismo modo, mediante alfa de Cronbach, se realizó la validación de la prueba, obteniéndose como resultados significativos que, el 48.7% (n=38) fueron hombres y 51.3% (n=40) mujeres. Del mismo modo, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.808 del cuestionario aplicado, considerándose una consistencia significativa entre el cuestionario y las respuestas por prueba de ANOVA y F de Bonferoni ($p < 0.0001$). Por otra parte, con lo que respecta a las preguntas, la media de las 62 preguntas en relación a las respuestas fue de 3.489 con un rango de 2.945, concluyendo que las tres primeras preguntas establecidas en el cuestionario, fueron las que menos aportaron a la validación (22).

En la investigación sobre “Conocimientos y Actitudes de los Internos de Enfermería Sobre Cuidados Paliativos, Universidad Señor de Sipàn- Pimentel, en 2019”. Villanueva Salva Quelite. Pimentel – Perú 2020. Realizó un estudio cuantitativo, de diseño descriptivo correlacional, de corte transversal no experimental. El cual, tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre las actitudes y el nivel de conocimientos en cuanto, a cuidados paliativos, en los internos de enfermería de la Universidad Señor de Sipàn. Para el desarrollo de la investigación, se utilizó el instrumento de investigación Hilario R.2016, que consta de 12 preguntas, y dos categorías, conocimiento sobre CP Y las actitudes, que fueron divididas en cuatro dimensiones (física, psicoemocional y espiritual), el cual fue adaptado y modificado, por la investigadora, para poder ser aplicado a los internos de Enfermería, no sin ser primeramente sometido a juicio de expertos y prueba piloto, para el cálculo de la confiabilidad (23).

Obteniendo como resultado que era confiable para su aplicación, ya que el alfa de Cronbach represento un promedio de $p = 0.701$ en la categoría de conocimientos y $p = 0.733$ con

lo que respecta a la parte de actitudinal. Una vez determinado esto, el instrumento fue aplicado a una población de 122 internos pertenecientes de la Escuela de Enfermería - USS del noveno y décimo ciclo, año lectivo 2019, entre edades de 20 y 38 años. Por otra parte, con lo que respecta al análisis de los resultados del estudio se pudo evidenciar que, el 51.6 % tiene un nivel medio y el 48,4% posee un nivel bajo de conocimientos con lo que respecta a CP, obteniendo que un 66.4. % de los encuestados poseen niveles bajos de conocimientos en cuanto a la dimensión de generalidades en CP, un 53.3% tienen niveles medios en cuanto a la dimensión de alivio de los síntomas, dejando así en evidencia que solo un 2,5% de los internos de enfermería evaluados poseen niveles altos de conocimientos. Sin embargo, con lo que respecta a la categoría de actitudes el 77% de los internos tienen una actitud favorable hacia los cuidados paliativos y solo un 23% una actitud desfavorable. Concluyendo así, que relación entre el nivel de conocimiento y la actitud que asume el interno de enfermería sobre los cuidados paliativos, se encuentran dentro de un nivel de $P < 0.05$ ($P 0.00$) correlación significativa (bilateral) (23).

El estudio denominado: “Conocimientos Básicos y Percepciones en Cuidados Paliativos en Médicos de Pregrado de la Universidad Nacional Autónoma de México”, los autores Silvia Allende-Pérez, Arcelia Alanis-Cho, Abel Delgado-Fernández, Adriana Peña-Nieves y Emma Verástegui-Avilés. México en 2020, realizaron un estudio transversal, con análisis estadístico fue descriptivo y bivariado. El cual tuvo como objetivo, evaluar los conocimientos y percepciones que tienen los estudiantes de medicina de pregrado en su último año de la facultad de medicina de la UNAM, sobre la atención en pacientes al final de la vida, para el desarrollo de este estudio se utilizó un instrumento desarrollado por los investigadores, que incluye nueve preguntas entre abiertas y de selección múltiple, divididas en nueve dimensiones entre las cuales se encuentran datos demográficos de los alumnos, definición de CP/ capacidad y estima, capacitación en CP, y

necesidad de implementar CP en programas de pregrado; del mismo modo, el instrumento fue revisado por expertos del Departamento de CP en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y la UNAM, con una prueba piloto en 12 estudiantes universitarios de medicina de la misma universidad; posteriormente, fue aplicado a la población de muestreo del estudio, que consto de 880 estudiantes, siendo en su mayoría mujeres con una edad promedio de 24 años (24).

Sin embargo, en el análisis de resultados se pudo evidenciar que, solo completaron el cuestionario el 82,5% de los estudiantes para un total 726 participantes. Por otra parte, con lo que respecta a la dimensión de definición de CP/capacidad y estima, el 40% de los participantes los definió como “Calidad de vida” y un 63,6% no se siente con la capacidad de tratar medicamento a un paciente, y el 78,6 % se siente medianamente capaz de brindar malas noticias a los familiares de estos pacientes. Por último, como dato relevante del estudio, el 88,2 %, n = 643 de participantes consideraron necesario implementar una asignatura obligatoria de CP dentro de sus planes de estudios de pregrado. Concluyendo así, que existe una gran necesidad de implementar los CP, como parte esencial de la formación académica en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM (24).

En noviembre de 2019, Lady R. Sánchez I. Cuenca de Ecuador, realizó el estudio cuantitativo, descriptivo, analítico y de corte transversa, denominado: “Nivel de Conocimientos sobre Cuidados Paliativos en Estudiantes de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, marzo 2019”. El cual tuvo como objetivo, determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo marzo – noviembre 2019. Para el desarrollo del estudio se utilizó, el instrumento de la encuesta estructurada (Palliative Care Knowledge Test (PCKT), el cual, consta de veinticinco preguntas que determinaron si existe conocimientos o no sobre este tema en los estudiantes, así mismo, se

tomó cómo “conocimiento aceptable” si el resultado de la encuesta es mayor o igual al 60% de respuestas correctas (15 respuestas correctas de 25 planteadas) (25).

Por consiguiente, el tamaño de la muestra poblacional estimada por el estudio fue de 666 estudiantes, matriculados en cuarto (séptimo y octavo ciclo) y quinto año (noveno y décimo ciclo) de la carrera de medicina. Obteniendo como resultados que solo participaron 187 alumnos entre cuarto (séptimo y octavo ciclo) y quinto año (noveno y décimo ciclo), con un promedio de edad de 22.47 años. Donde se evidencio, que el 11.8% obtuvo 15 o más respuestas correctas para considerarse como conocimiento aceptable en la encuesta aplicada, del mismo modo se analizó que, con lo que respecta a conocimientos generales sobre cuidados paliativos el 83.4% lograron más de 3 respuestas correctas de las 5, mientras que en el área de disnea se obtuvo el 100.00% como valor no aceptable ya que ningún estudiante acertó a las 4/4 respuestas. Concluyendo así que, existe un buen nivel de conocimientos de generalidades de cuidados paliativos en los estudiantes de medicina, sin embargo, en lo que respecta al área de disnea, no poseen un nivel de conocimientos apropiado en relación a cuidados paliativos (25).

Los autores Denise Ortega-Guerrero; Jonathan-Agustín Ortega-Cantero; Raúl-Fernando Guerrero-Castañeda. Realizaron en 2019 un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal, denominado: “Conocimientos sobre Cuidados Paliativos en un Grupo de Enfermeras en México”. El cual tuvo como objetivo, evaluar los conocimientos que tiene el personal de enfermería del Hospital General Celaya en las áreas de medicina interna, unidad de cuidados intensivos, cirugía y urgencias, sobre cuidados paliativos, entre octubre del 2017 y enero del 2018. Para el desarrollo del estudio se utilizó, el instrumento Cuestionario sobre conocimientos en cuidados paliativos por el personal de salud, que consta de 34 ítems con respuesta de tipo dicotómica: verdadero o falso, dividido en 7 dimensiones denominadas: conocimientos

generales, familia, problemas gastrointestinales y problemas psiquiátricos; espiritualidad, dolor y conocimientos diversos. El cual, ha sido validado y reporta una confiabilidad por Alpha de Cronbach de 0,87 en esta población; considerando que para que el conocimiento de cuidados paliativos sea aceptable el resultado global debe superar el 75% de respuestas correctas; y una muestra poblacional de 40 enfermeras(os), con edades promedio entre 20 y 60 años (26).

Con lo que respecta a los resultados de este estudio, una vez aplicada la encuesta se obtuvo que, el nivel de conocimientos generales de las enfermeras(os) evaluados es bajo, ya que obtuvo solo un 2,92% de respuestas correctas, considerándose la dimensión de familia donde poseen los conocimientos más altos evidenciado por un 83,5 %. Concluyendo así, que el porcentaje global en conocimientos de la población estudiada es del 65,8% de respuestas correctas, dejando en evidencia la gran necesidad de que el personal de enfermería se forme en cuidados paliativos (26).

4.1.2 Antecedentes Nacionales

En la investigación realizada por Fanny P. Benavides A, sobre: “Percepciones de Estudiantes y Docentes Acerca de la Formación en Cuidados Paliativos en un Programa de Enfermería del Departamento de Nariño”, en 2021. Estudio cualitativo hermenéutico, el cual tuvo como objetivo, describir las percepciones de estudiantes y docentes acerca de la formación en Cuidados Paliativos en el programa de pregrado de enfermería de una institución universitaria del departamento de Nariño. Para el desarrollo de esta investigación, se utilizó una entrevista semiestructurada, aplicada a una muestra poblacional compuesta por 5 estudiantes del programa de enfermería con edades de 20 a 30 años, en su mayoría de género femenino, que cursan semestres de V, VII Y VIII, y 5 docentes entre edades entre los 30 a 50 años, con una experiencia en docencia entre 5 a 20 años en cursos de madre niño, adulto, práctica pre

profesional, salud mental e investigación, todos con un nivel de formación posgradual de Magister (27).

Con lo que respecta a los resultados, se evidencio que, los estudiantes y docentes referían que los cuidados paliativos se brindaban de manera tardía al paciente debido a que no se diagnosticaba a tiempo, por otra parte, identificaban que los cuidados paliativos debían brindarse a todo aquel que los necesitara independientemente de la edad o género, del mismo modo refieren que un cuidado paliativo adecuado y de calidad requiere de habilidades específicas para poder atender las necesidades de la persona y su familia. Concluyendo así que, los profesionales de enfermería requieren de conocimientos y habilidades que permitan orientar el que hacer, en situaciones asociadas al sufrimiento de la persona y su familia (27).

El proyecto de “Validez Facial del Instrumento NECPAL – CCOMS”, realizado por Maribel Vargas Peláez; Jonathan S. Celis M, en Bogotá en 2020. En este estudio de diseño metodológico guiado por directrices de la Comisión Internacional de Test (ITC). El cual tuvo como objetivo, determinar la validez facial del Instrumento NECPAL – CCOMS, para pacientes ingresados a una unidad de cuidado intensivo de un hospital de cuarto nivel. Para el desarrollo del estudio se utilizó el instrumento, Necesidades Paliativas del Centro Colaborador para la Organización Mundial de la Salud (NECPAL-COOMS), y una muestra poblacional constituida por 24 profesionales de la salud enfermeros y/o médicos graduados con experiencia en el área asistencial, independientemente si está en servicios de cuidado intensivo o paliativo, para así, verificar la comprensión, precisión y claridad del instrumento en el personal de salud (28).

Con lo que respecta a los resultados, el instrumento obtuvo un índice de aceptabilidad con lo que respecta a la claridad de 0.94; para la comprensión fue de 0.95; para la precisión fue de 0.93; el promedio del total del instrumento fue de 0.94. Concluyendo así que, existe acuerdo

entre los participantes para determinar que el instrumento es válido facialmente, dado que el corte de validez es mayor a 0.7 lo que indica consenso entre los participantes, además de considerarse apto para que el instrumento continúe el proceso de validación en el contexto colombiano (28).

Luisa M. Muñoz R.; Daniela Pabón C.; Rosa M. Vélez Z, en Medellín en 2020- Realizarón un estudio observacional, transversal prospectivo. Denominado: “Conocimientos de Estudiantes de Octavo, Noveno y Décimo Semestre del Programa de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista sobre Cuidados Paliativos”. El cual tuvo como objetivo “describir los conocimientos de los estudiantes de octavo, noveno y décimo semestre del programa de enfermería de la Corporación Universitaria Adventista sobre cuidados paliativo”. Para el desarrollo del estudio, se diseñó un cuestionario el cual constaba de 28 preguntas, las cuales se encontraban divididas en tres bloques, aspectos demográficos, control del dolor y otros síntomas y aspectos psicosociales, el instrumento anteriormente descrito fue validado por expertos, un experto metodológico y un experto temático; donde cada uno dio sugerencias al respecto, buscando garantizar la adecuada implementación y claridad para las personas que lo diligencien (2).

Una vez validado el instrumento, se realizó una prueba piloto con 56 estudiantes de décimo semestre de la Corporación Universitaria Adventista graduados en agosto 2020, con edad promedio de 25 a 30 años, a los que se les aplicó el instrumento, obteniendo como resultados que en el 76,8% posee un conocimiento básico con respecto a cuidados paliativos, dado a que sus respuestas correctas se clasificaron en el grupo de entre 12 y 16 con respecto a las 22 preguntas del bloque de conocimientos del cuestionario. Sin embargo, cabe resaltar que décimo semestre obtuvieron un porcentaje mayor de respuestas correctas, seguido por el noveno semestre y por

último el octavo, esto se puede relacionar con que a medida que los estudiantes se encuentran en un semestre más avanzado poseen conocimientos un poco más amplios (2).

El proyecto sobre “Competencias de Enfermería en Cuidados de Fin de Vida Hospitalario y su Relación con los Planes de Formación de Universidades en Santander Colombia, 2019”.

Realizado en Bucaramanga en 2020 por Liana M. Peñaranda O; estudio de diseño descriptivo no experimental, tuvo como objetivo identificar, la relación de los planes de formación de las diferentes universidades y el nivel de las competencias de cuidados de fin de vida de las Enfermeras de una institución de salud en Bucaramanga. Para el desarrollo del estudio se utilizó, un cuestionario de medición de competencias de enfermería en cuidados de fin de vida, el cual se rediseñó como resultado de la revisión de varios instrumentos de evaluación de competencias en enfermería en cuidados paliativos, el cual se dividió en seis secciones que corresponden a la distribución de los conceptos propuestos por Rullan - Moore en la teoría de enfermería Final tranquilo de vida, que constó inicialmente de 41 preguntas, de las cuales 22 fueron elegidas del instrumento, conocimiento y actitudes en cuidados paliativos parte dos de Hilario Quispe, siete fueron seleccionados del instrumento MOVE2PC traducido, 11 del instrumento PCKT traducido y una pregunta nueva; para medir las competencias se utilizará la escala tipo Likert, utilizando cinco rangos descriptivos, con su asignación algebraica (29).

La muestra poblacional estuvo compuesta por, 78 profesionales de enfermería de un total de 101 que laboraban en la Clínica San Luis en Bucaramanga Santander, con edades variantes entre los 21 y 40 años. Con lo que respecta a los resultados, el 70.51% de la muestra tiene competencias medias a bajas en cuidados de fin de vida hospitalario. Por otra parte, se consideró respecto al análisis de los resultados que los profesionales de enfermería tienen una percepción

de pocas competencias de enfermería en cuidados de fin de vida. Concluyendo así, que la carencia de esto se basa por la falta de enfermeras centralizadas en cuidados humanizados (29).

Amparo Montalvo-Prieto; Cristina Bohórquez-Moreno; Arleth Herrera-Lían. En 3 ciudades de la costa caribe en el 2019, realizaron un estudio prospectivo, mediante análisis factorial exploratorio. Denominado “Validación y Adaptación Cultural de la Versión Argentina Escala de Cuidados Paliativos a Colombia”, el cual tuvo como objetivo, la validación de la escala de cuidados paliativos, cuestionario que dispone de dos versiones, una diligenciada por el paciente o su familiar y otra por el profesional sanitario, y consta de 10 ítems (más una pregunta abierta) que valoran en una escala ordinal de Likert que oscila entre 0 (situación más favorable) y 4 puntos (situación menos favorable). Consta de 5 dimensiones constituidas: dolor (ítem 1), síntomas (ítem 2), bienestar (ítems 3, 6, 7 y 8), ansiedad familiar (ítem 3) y calidad del cuidado (5, 9 y 10) (3).

En la puntuación total 0 (mínimo deterioro) y 40 (deterioro máximo), para el desarrollo de este estudio se determinó la validez de contenido, el alfa de Cronbach, de alta consistencia valores $\geq 0,75$; la confiabilidad por estabilidad y se evaluó aplicando índice Rho de Spearman en test-retest, comparando dos aplicaciones con 4 días de diferencia. Teniendo como población de muestra, 94 profesionales de la salud que laboran con pacientes con enfermedades crónicas y en fase terminal y 107 pacientes en situación de estado terminal distribuidos en 3 ciudades de la costa Caribe, Colombia, y obteniendo como resultado que, la escala de cuidados paliativos (ECP) mostró una buena aceptación tanto por parte de los pacientes y los profesionales de la salud, se presentó un Alfa de Cronbach para la escala de los profesionales de 0,775 y 0,777 para los profesionales de salud y pacientes respectivamente, el coeficiente rho de Spearman fue de -0,076 ($p=0,478$) para la escala de los profesionales de salud, y de 0,508 ($p=0,00$) para el

cuestionario de los pacientes. Convirtiendo esta escala en una herramienta validada en Colombia para medir resultados de cuidados paliativos, lo que la hace un insumo importante para los profesionales de la salud que trabajan con pacientes crónicos. (3).

4.1.3 Antecedentes Regionales y Locales

Luego de búsqueda exhaustiva en bases de datos y artículos investigativos sobre los niveles de conocimientos en cuidados paliativos en profesionales de enfermería, se logró determinar la ausencia de antecedentes de tipo local y regional, en cuanto a un instrumento que haga esta medición, aunque si se encontró investigación referente al diseño y validación de instrumentos, entre los que cabe mencionar:

Vega (30) elaboraron el estudio titulado “Diseño y validación de una escala psicométrica que permita estudiar los hábitos saludables físicos y psicológicos en atletas”. Esta investigación tuvo como objetivo el diseño y validación de una escala breve orientada a la medición de los hábitos de vida saludable presentes en los atletas. Dicho proceso se llevó a cabo a partir de la implementación de la metodología cuantitativa con enfoque psicométrico y estadístico. La muestra se recolectó a través de un muestreo por conveniencia y se conformó por un total de 102 participantes. A nivel de confiabilidad se obtuvo un resultado alto según el alfa de Cronbach ($\alpha \geq 0,868$) lo que indica que la escala tiene un nivel de confianza alto; acorde con la consistencia interna de la escala, también se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los reactivos de la misma ($Rho \geq 0,195$; $0,050$; $\alpha < 0,05$). Por lo tanto, se puede afirmar que el instrumento cumple con las propiedades métricas estructuradas bajo 3 dimensiones: 1. Salud mental (19 Reactivos), 2. Salud física (21 Reactivos), y 3. Relaciones sociales (23 Reactivos) (30).

Al realizar los análisis estadísticos se concluyó que la presente escala cuenta con un nivel de confianza muy alto según el alfa de Cronbach ($\alpha \geq 0,868$) cuenta con una estructura final de esta escala, según el análisis factorial se estableció bajo 7 dimensiones: Salud mental (6 Reactivos), Salud física (10 Reactivos), sueño (11 Reactivos), alimentación (7 Reactivos), Relaciones interpersonales (12 Reactivos), bienestar (8 Reactivos), hábitos en la práctica del ejercicio (6 Reactivos). Al revisar la consistencia interna de la escala, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($Rho \geq 0,195$; $0,050$; $\alpha < 0,05$) es importante mencionar que al revisar la fiabilidad por dos mitades se obtuvo que el grupo 2 y al examinar la correlación entre ella se obtuvo un puntaje de 0,817 (30).

4.2 Marco Teórico

El desarrollo de la presente investigación, tuvo un enfoque en los elementos de los postulados teóricos de Cornelia Ruland y Shirley Moore, así como los aportes científicos de otras autoras como Cicely Saunders en su concepto del dolor total.

I). “Teoría Final Tranquilo de la Vida” bajo el contexto del bienestar del paciente, el alivio del dolor, hacer que el paciente se sienta atendido con dignidad y respeto, el sentimiento de tranquilidad, y el acercamiento a sus familiares y allegados; contribuye en gran medida a la estructuración de las dimensiones del instrumento a diseñar ya que abarca, los elementos básicos para brindar un cuidado paliativo de calidad.

4.2.1 Teoría Final Tranquilo de la Vida: Cornelia Ruland - Shirley Moore

Los cuidados paliativos adquieren cada vez mayor importancia dentro de los sistemas de salud. La creciente demanda de los pacientes y sus familias, así como el interés de los

profesionales por evitar el sufrimiento, muestran la progresiva necesidad para la práctica y la investigación en esta área.

En este sentido, Cornelia Ruland y Shirley Moore, basan su teoría en la evidencia empírica de la experiencia directa de las enfermeras expertas y de una a revisión de la bibliografía sobre varios componentes de la teoría, la cual se desarrolló mediante lógica inductiva y deductiva (31). Exponiendo la necesidad de proporcionar el mejor cuidado mediante el uso eficaz de la tecnología y las medidas de bienestar, con la finalidad de aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila, enfatizando en los componentes de ausencia de dolor, experiencias de bienestar, dignidad y respeto, estado de tranquilidad y proximidad de los allegados, es así como esta teoría coloca el final tranquilo de la vida dentro un contexto familiar acompañado de cuidados dirigidos por profesionales (32).

Así mismo, dentro de su teoría Final Tranquilo de la Vida, postulan cinco principales conceptos, los cuales se exponen de la siguiente forma:

Ausencia de Dolor: Definida como la parte más importante de la experiencia en el Final de la Vida, el cual, se considera como el estar exento de sufrimientos o molestias desagradables (31).

Experiencia de Bienestar: Cornelia Ruland y Shirley Moore para este concepto, toman como referencia la teoría de Kolcaba y Kolcaba, la cual refiere el bienestar como el “alivio de la molestia, el estado de relajación y satisfacción tranquilo, y todo lo que hace la vida fácil o placentera” (31).

Experiencia Dignidad/Respeto: Considera que toda persona es merecedora de respeto y aprecio por ser un ser humano, integrando este concepto como, el valor que tiene toda persona el

cual se fundamente mediante el principio ético de autonomía o respeto que tiene toda persona, concluyendo así que, toda persona debe estar tratada con respeto, autonomía y derecho a la protección (31).

Estado de Tranquilidad: Este concepto enmarca un estado donde toda persona está libre de preocupaciones, angustias y por el contrario se siente plena y satisfecho, abordando no solo parte emocional, sino también la física, psicológica y espiritual (31).

Proximidad a los Allegados: Supone la cercanía emocional y física, expresado en el sentimiento de satisfacción, basado en la conexión con otros seres humanos que se preocupan (31).

Partiendo de lo anterior, la teoría planteada a diferencia de otras, no se centra en conceptos relacionados con los metaparadigmas si no que, enmarca en cuatro principales supuestos implícitos y explícitos a fin de garantizar, un final de vida tranquilo, los cuales se engloban en:

- 1 Que toda persona vive y trasciende de manera individual por el final de la vida, y así mismo experimenta sentimientos.
- 2 Enfermería, es considerada fundamental para el cuidado de una persona que se encuentre transitando por esta etapa FTV, debido a que, son las encargadas directas de interpretar las manifestaciones de los moribundos aun cuando estos no puedan expresar de manera verbal su experiencia.
- 3 La familia, un término que incluye a todos los allegados, es una parte importante del cuidado del final tranquilo de la vida.

- 4 El final tranquilo de la vida se objetiva, en no solo mejorar el cuidado de la persona abarcando el tratamiento, si no que, se enfoca también en generar bienestar y aumentar la calidad de vida del paciente, logrando así que transite por una muerte tranquila (31).

Finalmente, Ruland y Moore, dentro de sus postulados teóricos expresan que basados en sus cinco conceptos, ausencia del dolor, experiencia de bienestar, experiencia dignidad/respeto, estado de tranquilidad y la proximidad a sus allegados, se puede lograr que la persona que transita por la etapa final de la vida viva una experiencia tranquila.

4.3 Marco Conceptual

4.3.1 Cuidados Paliativos

Tratamiento que alivia los síntomas sin curar la enfermedad. Consiste en la especialidad que se relaciona con el cuidado de los pacientes que enfrentan enfermedades graves o potencialmente mortales, teniendo como objetivo prevenir y aliviar el sufrimiento, y apoyar lo mejor posible la calidad de vida de los pacientes y sus familias (33).

4.3.2 Reproducibilidad de Resultados

Reproducibilidad estadística de las mediciones (frecuentemente en un contexto clínico), incluida la comprobación de instrumentos o las técnicas para obtener resultados reproducibles. Incluye la reproducibilidad de mediciones fisiológicas que se utilizan para desarrollar normas para valorar la probabilidad, el pronóstico o la respuesta a un estímulo, la reproducibilidad de la ocurrencia de una afección y la reproducibilidad de resultados experimentales (34).

4.3.3 Dolor y Clasificación

“El dolor es una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales” (35).

Dolor Agudo: “Es un fenómeno de corta duración que generalmente se asocia a un daño tisular y desaparece con la curación de este último. Suele estar claramente localizado y su intensidad se relaciona con el estímulo que lo produce” (36).

Dolor Crónico: “Tiene una duración de más de 3 o 6 meses, se prolonga más allá de la curación de la lesión que lo originó o se asocia a una afección crónica. Tanto la intensidad como la etiología y el patrón de evolución son muy variables” (37).

4.3.4 Teoría del Dolor Total

Modelo teórico desarrollado por Cicely Saunders, considerada la líder de la medicina contemporánea. La cual define que el dolor que un paciente en fase terminal experimenta, va más allá del dolor físico y, que igualmente, el cuidador debe tener aspectos sociales, emocionales o espirituales que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida del paciente, fundamentándose en que la experiencia total del paciente que se encuentra en la fase terminal de su vida, está comprendida de ansiedad, depresión, miedo y preocupación por la pena que afligirá a su familia; del mismo modo, a menudo sienten la necesidad de encontrar un sentido a la situación, y una realidad más profunda en la cual confiar. Así mismo dentro de su teoría, define el cuidado paliativo como un concepto amplio en el que se considera primordial la intervención de un equipo interdisciplinario, integrado por médicos, enfermeras, psicólogos, profesionales en terapia ocupacional, religiosos y voluntarios. Del mismo modo, consideró que los cuidados paliativos

son la forma más humana de ayudar aliviar el dolor y comprender el sufrimiento de un paciente terminal o incurable, al culminar la vida (38).

4.3.5 Validez de Contenido

Juicio personal recibido de un grupo de expertos, que brindan su opinión sobre el instrumento o encuesta diseñada, enfocándose en si la pregunta es esencial, útil o irrelevante para medir el constructo en estudio (39). La *American Psychological Association* (APA) en 1954, señaló 4 tipos de validez de contenido entre los cuales se encuentra: la predictiva, concurrente y de constructo. Sin embargo, otros autores la clasifican como validez de apariencia, de contenido, de criterio y de constructo (40).

4.4 Marco Contextual

Con el desarrollo de la presente investigación, se buscó construir un instrumento que permite medir los conocimientos sobre cuidados paliativos en el personal de enfermería, abarcando específicamente el área metropolitana, Cúcuta, Villa del Rosario y los Patios. Basado en el análisis de revisión de la literatura realizada, en donde el Instituto Departamental de Salud (IDS) en su reporte de Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2012, estimo que las enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en Norte de Santander representan la tercera causa de mortalidad por cada 100.000 habitantes, dando cuenta de la necesidad de contar con profesionales de enfermería que cuenten con las competencias teórico-prácticas que se requieren para brindar atención de manera rápida, oportuna y de calidad a este tipo de población. Sin embargo, se evidencio una ausencia significativa de herramientas que cuenten con las pruebas de fiabilidad y validez de contenido necesarias que permitan realizar este tipo de investigaciones.

Teniendo en cuenta, que enfermería constituye una gran parte del cuerpo multidisciplinar encargado de proporcionar estos cuidados en los pacientes y, por lo tanto, es necesario la actualización de conocimiento que permitan, que la atención brindada sea digna y de calidad para el paciente y su familia. Anudado a esto la carencia de investigaciones sobre tan importante servicio de intervención en salud. Por lo cual, surgió la necesidad de diseñar un instrumento adaptado a las características de los profesionales de salud en Colombia, mediante el cual se generen a futuro importantes investigaciones que evalúen los conocimientos en el personal de enfermería respecto al tema del CP y por ende, se implementen estrategias que impacten de manera positiva en la vida del paciente con necesidad de CP y su familia.

4.5 Marco Legal

Ley 1733 del 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra) en Colombia, la cual establece los cuidados paliativos en pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, considerándolos así, de alto impacto en la calidad de vida, en la fase de enfermedad del paciente. Del mismo modo, en la ley se establecen conceptos importantes de los cuales se deben tener claridad para proporcionar un cuidado paliativo, entre los cuales, se encuentra el enfermo en fase terminal, enfermedad crónica, degenerativa e irreversible y que es un cuidado paliativo (41).

Por otra parte, se enfoca hacia los derechos que tienen los pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles, entre los cuales, se destaca el derecho que tienen los pacientes a la atención en cuidados paliativos, al ser informado de manera clara, detallada y comprensible sobre su diagnóstico, a recibir una segunda opinión, a participar de manera activa en la toma de decisiones y atención del cuidado paliativo, y por último, el derecho a que en caso

que el paciente no esté consiente para tomar una decisión el conyugue o familiar más cercano lo haga por el paciente. Del mismo modo, implementa la obligación que tiene toda EPS (Entidad Promotora de Salud) a incorporar la atención de servicios paliativos, dentro de su Red de Atención, e IPS, con personal capacitado encargado de brindar de manera continua este servicio, al cual al mismo tiempo se le debe asegurar la educación de calidad y continua en el tema (41).

Finalmente, la ley referenciada, enfatiza en el acceso a los opioides, los cuales se deben garantizar por parte de las entidades de salud y el Ministerio de salud las 24 horas del día y los 7 días de la semana, garantizando así al paciente un control y manejo del dolor (41).

Ley 266 de 1996 en Colombia, mediante la cual, se implementa la profesión de enfermería, determinando como principios de la práctica profesional la integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, y continuidad; del mismo modo, establece que la práctica de enfermería se engloba de manera general en los principios éticos y morales y el respeto a los derechos humanos (42).

En base a lo anterior, la ley descrita instauro el significado de enfermería como una profesión disciplinar, liberal, y de carácter social, cuyos sujetos de atención están constituidos por la persona, la familia y la comunidad; ejerciéndose de manera interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria. Por otra parte, se desarrolla el Consejo Técnico Nacional de Enfermería, tomado como un cuerpo de carácter permanente de dirección, consulta y asesoría del Gobierno Nacional, todo esto, relacionado a las políticas integradas por la profesión de enfermería en Colombia (42).

Ley 911 del 2004, la cual dicta disposiciones en cuanto a las responsabilidades deontológicas que se incorporan en el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. Estableciendo en su Capítulo I los principios y valores éticos que enmarcan la profesión entre las

cuales encontramos el respeto a la vida, la dignidad y derecho que tiene toda persona independientemente de su edad, género, raza, condición socioeconómica e ideología política, siendo los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía, veracidad, justicia, solidaridad, lealtad, los que orientan la responsabilidad deontológica en Colombia. Por otra parte, esta ley define el acto de la profesión de enfermería como la parte esencial de la profesión, el cual considera que se implementa a partir de una relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado o paciente (43).

Por último, el Código Deontológico CIE (Consejo Internacional de Enfermeras), el cual adopto en 1953 el Código Internacional de Ética para Enfermeras. Estableciendo en ella, cuatro deberes fundamentales de enfermería entre las cuales se encuentran: la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Basándose en los elementos fundamentales del código como lo es la enfermera y la persona, la enfermera y las prácticas, la enfermera y la profesión, y la enfermera y sus compañeros de trabajo. Del mismo modo, el código de ética del CIE orienta a las enfermeras en sus opciones de cada día y sostiene su negación a participar en actividades contrarias a la prestación de cuidados y a la curación (44).

Asamblea Mundial de la Salud Ginebra, el 23 de mayo de 2014 (OPS/OMS) es el órgano decisorio máximo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su función principal es determinar las políticas de la OMS, designar al Director General, supervisar las políticas financieras, y revisar y adoptar el presupuesto propuesto. Actualmente analizaron resoluciones y aprobaron un plan de acción para mejorar el cuidado de personas con discapacidades, otro para incorporar los cuidados paliativos en la cobertura de salud, integrar mejor el uso de la medicina tradicional y concientización sobre la psoriasis (45)

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Diseño

Metodológico. Se realizó el diseño y validación de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería- Norte de Santander II Semestre 2022 a la luz de la teoría Final Tranquilo de la Vida de Shirley Moore y Cornelia Ruland. El diseño del instrumento se realizó bajo el abordaje los cinco conceptos básicos planteados (ausencia de dolor, experiencia de bienestar, experiencia dignidad/respeto, estado de tranquilidad/ estar en paz y, proximidad de los allegados) los cuales conformaron cada una de las dimensiones del instrumento. Para la validez de contenido, se tuvo en cuenta el Modelo Lawshe, quien en 1975 planteó un modelo que se basa en organizar un “Panel de Evaluación de Contenido”, donde se determina el número de coincidencias en la categoría “esencial” y del que se espera que más del 50% de los jueces estén de acuerdo con esta categoría.

Así mismo, se tomó como referente para la validación facial del instrumento lo propuesto por Jazmine Escobar Pérez en su estudio: “Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización”. Bajo la propuesta de una guía que establece los objetivos de evaluación; integrados por la definición del objetivo del juicio de expertos, selección de los jueces, explicitar tanto las dimensiones como la calificación por categorías (suficiencia, claridad, coherencia y, relevancia), los indicadores que está midiendo en cada uno de los ítems de la prueba, especificar el objetivo de la prueba y calcular la concordancia entre jueces mediante la utilización de los datos estadísticos del índice de Kappa (Landis y Koch, 1997) (46).

5.2 Población y Muestra

La muestra estuvo conformada por un grupo de 11 expertos validadores, con nivel de formación en especialización o maestría, distribuidos de la siguiente forma: 7 profesionales de Enfermería con especialización, maestría y/o desempeño en área de trabajo con pacientes, con enfermedades críticas, progresivas e irreversibles; 3 profesionales de Enfermería con maestría o especialización en cuidados paliativos y, 1 profesional de Enfermería con experiencia en metodología de la investigación.

5.3 Criterios de Inclusión

5.3.1 Criterios de Inclusión

1. Profesional en áreas como metodología investigativa, educación, estadística, o trabajo con pacientes a los cuales se les proporcionan cuidados paliativos.
2. Disponibilidad para la participación en el presente estudio y la aceptación respaldada mediante consentimiento informado.

5.4 Técnicas e Instrumentos para Recolección de Datos

La validez facial del instrumento se llevó a cabo mediante evaluación y juicio de un grupo de expertos, la cual fue enviada mediante correo electrónico. Cada participante, evaluó los criterios de suficiencia que consiste, en que la cantidad de ítems planteados en una dimensión basten para que se pueda realizar una medición de esta coherencia. En esta se evalúa la lógica que tiene el ítem con la dimensión o indicador que se quiere medir; relevancia en la cual se tiene en cuenta si el ítem propuesto es esencial o importante en la dimensión, considerando la

inclusión o no de este (47); y la confiabilidad en cada uno de los ítems que contiene el instrumento, asignando un puntaje en una escala tipo Likert.

Para la validez de contenido, cada uno de los ítems del instrumento fue evaluado considerando las cualidades de: esencial, útil pero no esencial y no necesario, empleando una escala tipo Likert de 1 a 3.

5.5 Análisis y Procesamiento de la Información

Se llevó a cabo, mediante el cálculo del Índice de Kappa de Fleiss el cual consiste en indicar el grado de acuerdo entre tres o más observadores/evaluadores sobre una variable en escala categórica, el cual generó una medida de acuerdo entre los expertos evaluadores, teniendo un rango entre -1 y 1. Si el coeficiente es 1, indica acuerdo perfecto entre los evaluadores, si es 0, indica que el acuerdo no es mayor que el esperado por el azar, y si el valor del coeficiente es negativo, el nivel de acuerdo es inferior al esperado por el azar (48), utilizando para el almacenamiento y procesamiento estadístico de los datos los programas: Excel Real Statistics, para así determinar el nivel de concordancia en el juicio emitido entre evaluadores.

Para la validez de contenido, se utilizó el índice de validez de contenido de Lawshe, el cual describe que hay una evaluación individual de los ítems y a través de la Razón de Validez de Contenido (RVC) se identificara si son aceptables o no para el instrumento.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Resolución N° 008430 de 1993, en virtud ética de la realización de la investigación se establece los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa de salud en seres humanos. Mediante esta resolución se “establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, generando así mismo, los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud, emitiendo así, que toda institución que requiera de una investigación con seres humanos, deberá contar con un comité de ética en investigación, el cual se encargara de la resolución de todos los referentes al tema, del mismo modo, se debe tener en cuenta que toda investigación de este tipo debe contribuir al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, a la prevención y control de los problemas de salud, estudio de técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud (49).

Por otra parte, deberá contar con el consentimiento informado, escrito por sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones expuestas. Así mismo, se considera que el riesgo de la investigación consiste en la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Del mismo modo, se considera significativo el conservar la privacidad y confidencialidad del individuo mediante el consentimiento informado, evitar que sufra algún daño como consecuencia del estudio, para tal fin se debe identificar y dar a conocer el tipo de riesgo al que puede estar sometido, en este caso se plantea una investigación sin riesgo, en la cual no se ejecutará ningún tipo de intervención; si se halla algún tipo de riesgo el investigador está bajo la responsabilidad de suspender la investigación, o de aceptar la decisión del informante de retirarse en el momento que crea oportuno (49).

Por consiguiente, contamos con la política de ética en investigación, bioética e integridad científica adoptada por Colciencias mediante la Resolución 0314 del 2018, el cual tiene como objetivo promover los procesos ciencia, tecnología e innovación, desarrollados en Colombia, el cual en su artículo primero adopta la política de ética en la investigación , bioética e integridad científica, del mismo modo, a la dirección de fomento de investigación en su artículo segundo establece realizar las gestiones necesarias para la coordinación, socialización y verificación de lo dispuesto en la política (50).

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Desarrollo del instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022.

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto en el presente estudio se objetivo el diseño de un instrumento que busca evaluar los conocimientos que tiene Enfermería respecto al tema de cuidados paliativos. El instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022 se diseñó, tomando como referente el modelo teórico “Final Tranquilo de la Vida” de Shirley Moore y Cornelia Ruland (31), quienes en su teoría, plantean cinco conceptos principales (Figura 1), los cuales se fundamentan en las acciones que puede realizar Enfermería a fin de suplir toda necesidad del paciente y familia que se encuentran transitando por la etapa del Cuidado Paliativo (CP); los anteriores conceptos fueron clasificados en 5 subáreas, que para el presente trabajo se denominarán dimensiones, referentes que fueron utilizados y que componen el instrumento que se presenta a continuación. (Figura 1)

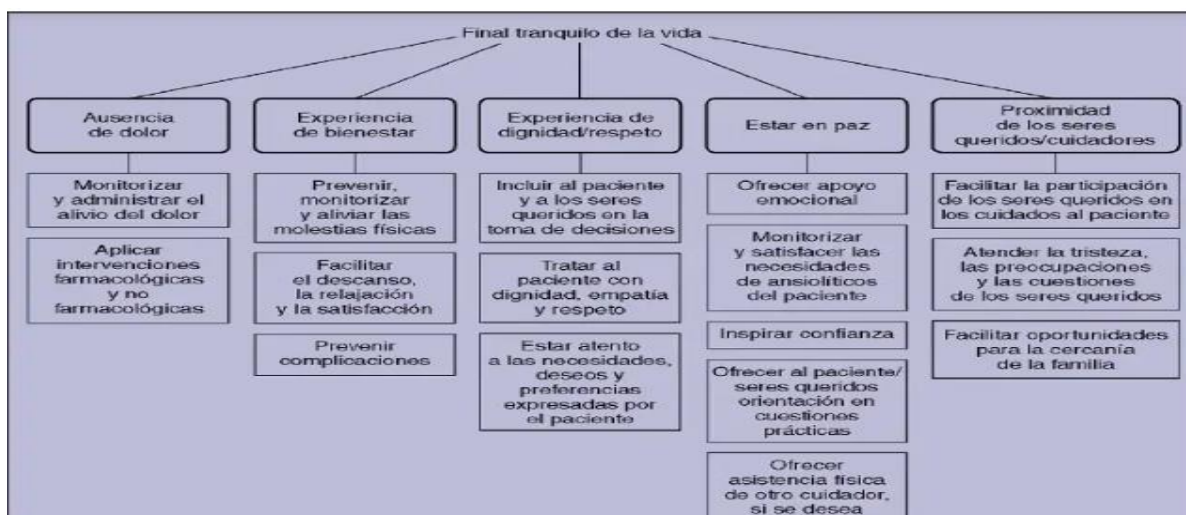


Figura 1. Modelos y teorías de enfermería

Fuente: Martha Raile- Ann Marriner (32).

Estructura del instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022.

a. Clasificación de los ítems

El instrumento está estructurado en dos partes, la primera parte contiene datos de caracterización sociodemográfica, y la segunda parte incorporada 5 dimensiones que a su vez se integran con un número específico de ítems de la siguiente manera:

- 1.** Datos de Caracterización Sociodemográfica: integrada con 11 ítems (esta primera parte no es evaluativa, se constituye como un componente de las denominadas variables independientes que integran el presente diseño).
- 2.** Dimensión Ausencia del dolor, conformada por 10 ítems (Esta dimensión es evaluativa y se integra al núcleo grueso del grupo de variables dependientes del instrumento).
- 3.** Dimensión Experiencia de bienestar, conformada por 10 ítems (Esta dimensión es evaluativa y se integra al núcleo grueso del grupo de variables dependientes del instrumento).
- 4.** Dimensión Experiencia dignidad y respeto, conformada por 10 ítems (Esta dimensión es evaluativa y se integra al núcleo grueso del grupo de variables dependientes del instrumento)
- 5.** Dimensión Estado de tranquilidad (Estar en Paz), conformada por 10 ítems (Esta dimensión es evaluativa y se integra al núcleo grueso del grupo de variables dependientes del instrumento)

6. Dimensión Proximidad de los allegados, conformada por 10 ítems (Esta dimensión es evaluativa y se integra al núcleo grueso del grupo de variables dependientes del instrumento).
- b. Estructura de respuesta de los ítems
1. Datos de Caracterización Sociodemográfica: contiene 4 preguntas abiertas y, 7 preguntas de selección múltiple.
 2. Las Dimensiones Ausencia del dolor, Experiencia de bienestar, Experiencia dignidad y respeto, Estado de tranquilidad (Estar en paz), y proximidad de los allegados, consta cada una de 10 ítems en formato, preguntas cerradas con opción de una única respuesta, que se enfocan en evaluar el conocimiento enfermero sobre el tema del cuidado paliativo.

Las mismas, se estructuran siguiendo los conceptos dados por Shirley Moore y Cornelia Ruland en el modelo teórico “Final tranquilo de la vida” los cuales son: ausencia del dolor, experiencia de bienestar, experiencia dignidad y respeto, estado de tranquilidad/ estar en paz y, proximidad de los allegados (Figura 1), teniendo en cuenta los anteriores elementos descritos en la Tabla 1, en la que se presenta la estructura de diseño del instrumento.

Tabla 1. Clasificación de dimensiones e ítems que integran el instrumento

Título: Diseño y validación de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022			
DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	ELEMENTOS DEL CONTENIDO	#ÍTEM S
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	Estas preguntas hacen referencia a la información demográfica de la población de estudio, Con el objetivo de obtener una visión más profunda de los participantes, asegurando así, que el estudio sea dirigido a la población adecuada y, que a su vez, asegure datos	<ul style="list-style-type: none"> • Género. • Edad. • Estado civil. • Ocupación. • Experiencia laboral y tiempo. • Entidad donde elabora. • Universidad de egreso. • Educación en cuidados paliativos. 	1-11

	investigativos eficientes y útiles.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de formación en cuidados paliativos. 	
1. AUSENCIA DEL DOLOR	<p>Parte fundamental de la experiencia del final de vida de muchos pacientes, es estar libre de sufrimiento o molestias sintomáticas.</p> <p>Clínicamente, se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión física potencial o real (Lenz, Suppe, Gift, Pugh y Milligan, 1995; Pain terms, 1979).</p>	<p>Esta dimensión aborda aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición del dolor. • Clasificación del dolor según su duración. • Alteraciones neurodegenerativas según tipo de dolor. • Método fiable de medición ante el dolor. • Alivio del dolor basándose en medidas farmacológicas y no farmacológicas. 	12-21
2. EXPERIENCIA DE BIENESTAR	<p>En palabras de Kolcaba y Kolcaba (1991), se define como “alivio de la molestia, el estado de relajación y satisfacción tranquilo, y todo lo que hace la vida fácil o placentera”, citado por la teórica Ruland y Moore, en 1998, p.172.</p>	<p>Esta dimensión aborda aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finalidad de los cuidados paliativos, incluyendo los parámetros de calidad. • Planificación y evaluación de cuidados. • Control de los síntomas. • Confort y bienestar del paciente. • Prevención de complicaciones (identificación de reacciones adversas en la realización de procedimientos terapéuticos y cambios de posición). 	22-31
3. EXPERIENCIA DIGNIDAD Y RESPETO	<p>Incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto a las personas, que establece que las personas deben tratarse como entes autónomos, y que las personas con autonomía reducida tienen derecho a protección (United States, 1978).</p> <p>Todo paciente terminal se “respeta y se aprecia como un ser humano” (Ruland y Moore, 1998, p.172).</p>	<p>Esta dimensión aborda aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de consentimiento informado en base a la humanización. • Documento de voluntad anticipada. • Consentimiento informado. • Relación terapéutica enfermero paciente y comunicación efectiva. • Marco normativo colombiano en cuidados paliativos. <p>Principios éticos del cuidado paliativo.</p>	32-41

4. ESTADO DE TRANQUILIDAD (ESTAR EN PAZ)	Representa un “sentimiento de calma, armonía y satisfacción (libre de) ansiedad, agitación preocupaciones y miedo” (Ruland y Moore, 1998, p.172). Un estado tranquilo incluye las dimensiones física, psicológica y espiritual.	Esta dimensión aborda aspectos como: <ul style="list-style-type: none"> • Ámbito espiritual del paciente. • Cambios emocionales del paciente. • Ayudas de apoyo psicológico y psicosocial para el paciente. • Relación terapéutica enfermero-paciente. 	42-51
5. PROXIMIDAD DE LOS ALLEGADOS	Sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan” (Ruland y Moore, 1998 p.172). Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas.	Esta dimensión aborda aspectos como: <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar. • Familia fuente de apoyo en los cuidados paliativos. • Beneficios del apoyo familiar en el cuidado paliativo. • Rol del cuidador (efectos negativos, sobrecarga afectiva). • Apoyo psicosocial familiar. • Tipos y etapas del duelo. 	52-61

Proceso de validación facial y de contenido del instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022

El proceso de validación del instrumento se estructuró de la siguiente forma:

1. Formato de validación

Se utilizó un formato de validación para el juicio de expertos, presentado en el [Anexo 1](#), el cual fue diseñado por Ángela Cuervo Martínez y Jazmine Escobar Pérez (51); en su estudio “Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización”, denominado “Planillas Juicio de Expertos”, en el que se encuentra descrito los criterios e indicadores de calificación a evaluar.

2. Procedimiento de validez facial

Validez Facial: se refiere a la relevancia de los ítems de la prueba, a la evaluación de su claridad y la comprensión del lenguaje que se utiliza para la redacción de cada uno de los ítems, es decir, evalúa uno a uno todos los ítems de una escala de medición; puede hacerse con expertos o con población objeto.

Procedimiento de Validación: Criterios y escala de medición

Se realizó validez Facial por juicio de expertos del instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022, mediante la evaluación de los criterios de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia (Tabla 2). A través de 50 ítems, relacionados en la tabla (Tabla 3).

Utilizando una escala tipo Likert con puntuación de 1 a 4 (Tabla 2), y que, a su vez, cuenta con un indicador objetivo para su ponderación que son: 1) No cumple con el criterio, 2) Bajo nivel, 3) Moderado nivel y 4) Alto Nivel. Tomados de la guía de validez por juicio de expertos, del estudio realizado por Ángela Cuervo Martínez y Jazmine Escobar Pérez (51).

Tabla 2. Criterios e indicadores de Calificación de los ítems

CRITERIOS	CALIFICACIÓN	INDICADOR
1. SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la Medición de esta.	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado nivel.	Se deben incrementar Algunos ítems para poder evaluarla dimensión completamente.
	4. Alto nivel.	Los ítems son suficientes.
2. CLARIDAD	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de

		Las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de Algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel.	El ítem es claro tiene Semántica y sintaxis adecuada.
3. COHERENCIA	1. No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel.	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel.	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
4. RELEVANCIA	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
El ítem es esencial o importante, es decir debe estar incluido.	2. Bajo nivel	El ítem tiene alguna relevancia. Pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	3. Moderado nivel.	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel.	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Fuente: Cuervo y Escobar (51).

Tabla 3. Relación de ítems vinculados en la validación facial y de contenido del instrumento

Dimensión	Ítems
Ausencia de dolor	12-21
Experiencia de bienestar	22 - 31
Experiencia de dignidad y respeto	32 - 41
Estado de tranquilidad	42 - 51
Proximidad de los allegados	52 - 61

3. Procedimiento de validez de contenido

Validez de Contenido: Es el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide, es decir, cuán representativo es el comportamiento elegido como muestra del universo que se intenta representar.

Procedimiento de Validación: Cualidades y escala de medición

La validez de contenido por juicio de expertos del instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022. Se realizó aplicando el modelo propuesto por Lawshe (52). A través de 50 ítems, relacionados anteriormente descritos en la tabla (Tabla 3). Utilizando una escala tipo Likert con puntuación de 1 a 3 (Tabla 4), considerando las cualidades de: 1) Esencial, 2) Útil pero no esencial y 3) No necesario.

Hernández (53), define la validez de contenido como “el promedio de los coeficientes de validez por cada ítem, los cuales han sido corregidos por la concordancia aleatoria entre jueces”, así como la validez total, la cual es el promedio de los coeficientes de validez de contenido de cada ítem.

Tabla 4. Cualidades de calificación para la validez de contenido

CUALIDADES	CUALIDADES DE CALIFICACIÓN	INDICADOR
VALIDEZ DE CONTENIDO	1. ESENCIAL.	El ítem es indispensable para interpretar el fenómeno de estudio y por lo tanto es fundamental que se incluya en el instrumento.
	2. ÚTIL PERO NO ESENCIAL.	El ítem es útil y sirve para interpretar el fenómeno de estudio, pero no es indispensable.
	3. NO NECESARIO.	El ítem NO es necesario y su uso NO inclusión, dentro del instrumento NO afecta la medición de la dimensión.

Fuente: Cuervo y Escobar (51).

4. Expertos que se vincularon al procedimiento de validación

Participaron 11 expertas (os), 11 profesionales con las siguientes características: 2 profesionales de enfermería con especialización en cuidado al paciente crítico adulto, 1 profesional con magister en enfermería, 2 profesionales de enfermería con magister en oncología, 2 profesionales de enfermería con doctorado en oncología, 2 profesionales

de enfermería con magister en cuidado paliativo, 1 profesional de enfermería con especialización en dolor y cuidado paliativo y 1 experto en metodología de la investigación. La siguiente tabla resume la formación académica de los participantes (Tabla 5).

Tabla 5. Características profesionales de los expertos validadores del instrumento

Nombre del Experto	Nivel de formación/ Universidad a la que se encuentran vinculados	País/Ciudad de Residencia
1. Lorena Monsalve León	Enfermera profesional- Docente Catedrática de la UFPS- Especialista en Cuidado al paciente crítico Adulto.	Cúcuta
2. Claudia Amanda Chávez	Magister en Enfermería- Docente del programa de enfermería Universidad Mariana.	Pasto
3. Sandra Paola Miranda Narváez	Enfermera Profesional-Magister en Enfermería Oncológica- funcionaria de la Clínica CES-Medellín.	Medellín.
4. Aracely Díaz Oviedo	Universidad San Luis Potosí- Estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la universidad de Sao Paulo Brasil, Maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato Campus Celaya. Ha participado como docente en los programas de licenciatura en Enfermería, Maestría en Administración de Enfermería de la Facultad. Enfermería de la UASLP, México. Ha sido profesor a de programas de maestría y Doctorado en la U. de Gto, campus, Irapuato y Celaya. Profesora invitada del programa Doctoral de Salud Internacional de la Universidad de Panamá, y programa Doctoral de la Universidad de Antioquia Colombia. Miembro del Gradúate Center de la Universidad de CUNY Nueva York EU.Es Profesora-tutor del programa de Tutoría de la Universidad en licenciatura, maestría y doctorado. Miembro del grupo de evaluadores de cuerpos académicos y perfiles PRODEP en México, miembro de comité evaluador de Becas Conacyt por el programa de Becas Nacionales e Internacionales Conacyt AC. Miembro de la Roy`s Adaptation Asociation en Boston College Mass. EU.y Presidenta de la Roýs Adaptation Asociation Capitulo México- San Luis Potosi.	México
5. Ricardo José Barrera Acevedo	Enfermero profesional-Docente de la Universidad de Pamplona- Especialista en	Cúcuta

		Cuidado al paciente Critico Adulto-Egresado de la UFPS.	
6.	Juan Carlos Díaz Uribe	Enfermero Profesional-Egresado de la Universidad Javeriana-Magister en Enfermería Oncológica- funcionario de la Clínica Medical Duarte ZF SAS.	Cúcuta
7.	David Steven Tovar Ramírez	Enfermero Profesional-Magister en Enfermería en Cuidado Paliativos de la Universidad del Bosque-Docente de la facultad de enfermería de la Universidad de los Llanos.	Villavicencio, Meta
8.	Yahel Tatiana Mejía Rendón	Enfermera profesional-Magister en Enfermería en Cuidados paliativos, funcionaria de Insuasty Oncología e Investigación SAS.	Barrancabermeja
9.	Xiomara Carmona Montoya	Enfermera Especialista en Dolor y Cuidados Paliativos, Profesional del Grupo de Dolor y Cuidados paliativos del HPTU (Hospital Pablo Tobón Uribe).	Medellín
10.	María del Pilar Ureña Molina	Docente de la Facultad de Enfermería Universidad Francisco de Paula Santander-Experta en metodología de la Investigación.	Cúcuta
11.	Myrna McLaughlin de Anderson	Enfermera Profesional- Docente de la Universidad de Panamá- Profesora en el Programa de Doctorado de Enfermería con Énfasis en Salud Global. Profesora en la Maestría en Enfermería Oncológica Director de Desarrollo Académico CTDA.	Panamá

5. Diseño de instrucciones de validación

Para la validación emitida por juicio de expertos se elaboró el formato de instrucciones que se presenta en el [Anexo 1](#), con el objetivo de explicar de forma clara la finalidad del juicio; el cual, se encuentra estructurado en tres partes; la primera parte consta del consentimiento informado en la que el experto seleccionado acepta participar de forma libre y voluntaria en el estudio. La segunda parte incorpora las dimensiones como los indicadores que se están midiendo en cada uno de los Ítems. La tercera parte integra el formato de validación para el juicio de expertos descrito en el [Anexo 1](#), permitiendo al experto dar su juicio a cada uno de los Ítem s, teniendo en cuenta los criterios planteados en el constructo.

6. Pruebas de concordancia y fiabilidad aplicadas para validar los resultados derivados de las opiniones de los expertos.

1). Inicialmente se estimó el coeficiente Kappa de Fleiss para cada criterio, donde para su interpretación se tuvo en cuenta la escala establecida por Landis y Koch (46), la cual expresa cualitativamente la fuerza de concordancia entre los expertos. (Tabla 6)

Tabla 6. Valoración del coeficiente kappa (Landis y Koch, 1977)

0.0	Pobre (Poor)
0.1-0.20	Leve (Slight)
0.21-0.40	Aceptable (Fair)
0.41-0.60	Moderada (Moderate)
0.61-0.80	Considerable (Substantial)
0.81-1.0	Casi perfecta (Almost perfect)

Fuente: Landis y Koch (46).

2). Para el cálculo de validez de contenido, se aplicó el modelo propuesto por Lawshe (52). Partiendo de la evaluación realizada con respecto a cada ítem, donde se debe determinar el número de coincidencias en la categoría "Esencial" (debe ocurrir 60% o más de acuerdo entre los expertos, para que el ítem sea considerado con cierto grado de validez de contenido) (54).

a). La expresión matemática para el cálculo de la validez de Contenido (*Content Validity Ratio*, CVR) para cada Ítem es la siguiente:

$$CVR = \frac{ne - \frac{N}{2}}{N/2}$$

Dónde: ne= número de jueces que tienen acuerdo en la categoría "Esencial" y N= número total de jueces.

b). Partiendo de la CVR calculada para todos los ítems, y teniendo en cuenta aquellos con valores superiores a los mínimos propuestos por Lawshe, se calculó la media de CVR, con lo que se obtuvo el Índice de Validez de Contenido de toda la prueba (*Content Validity Index*, CVI), y que se debe interpretar como la concordancia entre la capacidad solicitada en un dominio específico y el desempeño solicitado en la prueba que trata de medir dicho dominio (54). La expresión matemática para el cálculo de CVI es:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

Dónde: CVR_i= Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe, y M= Total de ítems aceptables de la prueba.

Las expresiones anteriores se plantean con la finalidad de interpretar los resultados como una correlación, por tomar valores de -1 a +1, donde para su interpretación se tuvo en cuenta la escala establecida por Hernández (53), la cual expresa cualitativamente el índice de concordancia y validez de contenido por cada Ítem s en base a las calificaciones dadas por los expertos; presentados en la Tabla 7.

Tabla 7. Escala para interpretar la validez de contenido por cada ítem

Índice de validez y concordancia	Apreciación cualitativa
CVC<0.60	Validez y concordancia inaceptable
0,61=<CVC<=70	Validez y concordancia deficiente
0,71<CVC<=0,80	Validez y concordancia aceptable
0,81<CVC<=0,90	Validez y concordancia buena
0,90<=1	Validez y concordancia excelente

Fuente: Hernández (53).

7. Presentación resultados:

a) Resultados de los Juicios emitidos por expertos

Partiendo de la oportunidad que se abrió a los expertos de generar debates que contribuyeron al mejoramiento del instrumento mediante la posibilidad de hacer observaciones en cada uno de los ítems evaluados; se puede apreciar el siguiente análisis: No se contempló la necesidad de eliminar Ítem s. Se logró el diseño de un instrumento de conocimiento referente a cuidados paliativos compuesto por 61 ítems, distribuidos en datos de caracterización demográfica y 5 dimensiones; más claros y precisos en cuanto a las opciones de respuestas; con preguntas relevantes, pertinentes y coherentes aplicables a la población de estudio. A continuación, se presentan algunos ejemplos sobre las opiniones de los expertos:

- “Buena pregunta y necesaria, porque la persona demuestra que tiene claro los diferentes tipos de dolor” (Experto 1 en referencia al ítem 13).
- “Es de vital importancia para los profesionales de enfermería poder diferenciar un dolor agudo de un dolor somático de un dolor crónico. La diferenciación del tipo de dolor debe incluir las características del mismo” (Experto 11 en referencia al ítem 14).
- “¿Qué medida no farmacológica puede contribuir al alivio del dolor? (Retirar “considera ud” ya que las preguntas son formuladas desde la evidencia científica, no sujetas a apreciaciones subjetivas)” (Experto 10 en referencia al ítem 17).
- “Preferible indicar por grupos de medicamentos como lo establece la OMS en la escala analgésica, ya que por ejemplo los AINES dependen de la clínica del paciente y la sintomatología de inicio” (Experto 4 en referencia al ítem 18).

- “Más que conocer la definición de la escalera analgésica de la OMS, el objetivo es que los profesionales de enfermería sepan utilizarla” (Experto 11 en referencia al ítem 20).
- “Sugiero replantear la pregunta así: ¿Que intervenciones de enfermería influyen en la calidad de los cuidados paliativos?” (Experto 3 en referencia al Ítem s 23).
- “Recordar incluir al cuidador porque muchas veces tratamos al cuidador y logramos disminuir carga de la enfermedad en el mismo paciente” (Experto 8 en referencia al ítem 25).

b) Resultados derivados de las pruebas de aplicación

1). Se calculó la Fuerza de concordancia entre los jueces (Coeficiente de Kappa de Fleiss), a través del procesamiento de los datos estadísticos, en el programa de Excel Real Statistics. (Tabla 8).

Tabla 8. Resultados del Coeficiente Kappa de Fleiss por cada criterio evaluado

Criterio	Coeficiente Kappa de Fleiss	IC 95%		Valor p	Concordancia
		Límite inferior	Límite Superior		
Claridad	0,366	0,337	0,396	0,000	Aceptable
Suficiencia	0,420	0,388	0,452	0,000	Moderada
Coherencia	0,479	0,447	0,512	0,000	Moderada
Relevancia	0,427	0,396	0,457	0,000	Moderada

Análisis: La Tabla 8 contempla los resultados observados para cada una de los criterios evaluados, según el coeficiente Kappa de Fleiss con su respectivo intervalo de confianza.

Todos los coeficientes estimados fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Para la claridad, se evidenció aceptable concordancia entre expertos, los cuales evaluaron los Ítem s con un valor de 3 (Moderado Nivel). Mientras que para los criterios de suficiencia y relevancia se evidenció moderada concordancia entre expertos, siendo los Ítem s evaluados con un valor de 3 (Moderado Nivel), en lo que corresponde al criterio de coherencia se evidenció moderada concordancia entre expertos, evaluando los Ítem s con un valor de 4 (Alto Nivel).

Los coeficientes de concordancia respecto a los criterios evaluados oscilaron entre 0.36 y 0.48.

El ítem con menor grado de acuerdo entre expertos, y que afectó considerablemente la categoría de claridad, fue el ítem 18 que corresponde:

Ítem 18: ¿Cuáles son los analgésicos de elección, en la fase inicial de los cuidados paliativos?

El cual, a su vez, fue modificado en su totalidad teniendo en cuenta las sugerencias descritas por los expertos evaluadores.

2). Se calculó del índice de validez de contenido, a través del procesamiento de los datos estadísticos en el programa de Excel Real Statistics. (Tabla 9).

Tabla 9. Resultados del índice de validez de contenido global

Ítem	Categorías			CVR
	No Esencial	Útil, no esencial	Esencial	
12			11	1,0
13			11	1,0
14			11	1,0
15			11	1,0
16			11	1,0
17			11	1,0
18			11	1,0

19			11	1,0
20		2	9	0,6
21			11	1,0
22		1	10	0,8
23			11	1,0
24	1	2	8	0,5
25			11	1,0
26		2	9	0,6
27		1	10	0,8
28			11	1,0
29		1	10	0,8
30	1	2	8	0,5
31	1	3	7	0,3
32		2	9	0,6
33		1	10	0,8
34		1	10	0,8
35		1	10	0,8
36		2	9	0,6
37		1	10	0,8
38	1		10	0,8
39		1	10	0,8
40		1	10	0,8
41			11	1,0
42			11	1,0
43		1	10	0,8
44			11	1,0
45			11	1,0
46			11	1,0
47			11	1,0
48			11	1,0
49			11	1,0
50		1	10	0,8
51			11	1,0
52		2	9	0,6
53		1	10	0,8
54		1	10	0,8

55		11	1,0
56		11	1,0
57	1	10	0,8
58		11	1,0
59		11	1,0
60	1	10	0,8
61	1	10	0,8
Sumatoria (todos los ítems)			43,3
Índice de validez de contenido (todos los ítems)			0,87
Sumatoria (ítems aceptables)			42,1
Índice de validez de contenido (ítems aceptables)			0,90

Fuente: Excel Real Statistics (55).

Análisis: En la Tabla 9, se contempla la validez de contenido por juicio de expertos, donde se evidenciaron 25 ítems con valoración máxima de validez (CVR = 100%), 22 ítems con valor moderado (entre 0.6 y 0.8) y 3 Ítem s con valoración aceptable (CVR < 60%), los cuales correspondieron a:

Ítem 24. ¿En qué consiste la planificación de los cuidados paliativos?

Ítem 30. ¿Cuáles considera usted que sean las causas por las que puede precisarse adelantar el cambio del sitio de punción en un paciente?

Ítem 31. ¿Cómo se denomina la movilización que se emplea en un paciente, con el fin de facilitar la exploración, su tratamiento, y la prevención de lesiones consecutivas a la inmovilidad?

De acuerdo con los resultados obtenidos, se evidenció un Índice de Validez de Contenido CVR 0.87 y, CVI 0.90, lo cual indica que el instrumento tiene una validez y concordancia excelente, según el juicio de expertos, y el que además exhibe propiedades adecuadas para ser

utilizado como herramienta de valoración del nivel de conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería.

8. Ajustes del instrumento

Luego de la validación del instrumento descrito en el [Anexo 4](#), las preguntas formuladas fueron modificadas en cuanto a la redacción y claridad del lenguaje utilizado, teniendo en cuenta las sugerencias de los expertos, logrando así el diseño de un instrumento coherente, relevante, y pertinente a la población de estudio.

a). Dos ítems fueron modificados en cuanto a la opción de respuesta, correspondientes a:

Ítem 12 ¿Cómo se define el dolor en cuidados paliativos?

Ítem 18 ¿Cuáles son los analgésicos de elección, en la fase inicial de los cuidados paliativos?

b). 21 ítems tuvieron cambios en cuanto a la redacción de la pregunta, siendo formuladas de la siguiente manera, teniendo en cuenta las sugerencias de los expertos:

Ítem 13 ¿Cuál es el tipo de dolor que se caracteriza por tener una duración menor a 3 meses y que generalmente se asocia a un daño tisular?

Ítem 14 ¿Cómo se clasifica el dolor con duración de más de 3 o 6 meses, que se prolonga más allá de la curación de la lesión que lo originó y, no se acompaña de reflejos protectores?

Ítem 15 ¿Cuáles son las respuestas autónomas relacionadas con los síntomas neurovegetativos en el dolor agudo o visceral?

Ítem 23 ¿Qué intervenciones de enfermería influyen en la calidad de los cuidados paliativos?

Ítem 25 ¿Qué intervenciones de enfermería mejoran la efectividad en el control de los síntomas de los pacientes que reciben cuidados paliativos?

Ítem 26 ¿Cuáles son las medidas de apoyo alternativas, que contribuyen a que el paciente de cuidado paliativo, se adapte mejor a su enfermedad y mantenga un adecuado control los síntomas?

Ítem 27 ¿Cuál es la clave que influye en enfermería para alcanzar al máximo el confort y bienestar del paciente en cuidado paliativo?

Ítem 29 ¿Qué acciones minimizan la aparición de reacciones locales en la administración de medicamentos endovenosos en un paciente con cuidados paliativos?

Ítem 30 ¿Cuáles son las causas por las que se prioriza el cambio del sitio de punción en un paciente?

Ítem 35 ¿Cuáles son las posibles situaciones que podrían requerir un consentimiento informado en cuidados paliativos?

Ítem 36 ¿Cuál es el eje fundamental en la relación terapéutica enfermero-paciente en los cuidados paliativos?

Ítem 37 ¿Qué barreras condicionan la comunicación efectiva de malas noticias en el profesional de enfermería?

Ítem 41 ¿Cuáles son los principios éticos en los cuidados paliativos?

Ítem 42 ¿Cómo puede Enfermería proporcionar apoyo espiritual a un paciente con cuidados paliativos?

Ítem 43 ¿Qué cuestionamientos debe plantear enfermería al momento de valorar y explorar las necesidades espirituales de un paciente con cuidados paliativos?

Ítem 45 ¿Cuál es la mejor forma en enfermería, de proporcionar apoyo espiritual a un paciente de cuidado paliativo?

Ítem 46 ¿Qué cambios emocionales experimenta un paciente con cuidados paliativos?

Ítem 49 ¿Qué parámetros son claves para evaluar el ámbito psicosocial de un paciente con cuidados paliativos?

Ítem 54 ¿Cuáles son los aspectos que debe tener en cuenta el profesional de enfermería, al incluir al familiar del paciente en las intervenciones del cuidado paliativo?

Ítem 55 ¿Cuáles son los efectos negativos para el familiar del paciente de cuidado paliativo, cuando asume el rol de cuidador principal y, apoya las intervenciones de cuidado de manera permanente?

Ítem 58 ¿Cuál acción se considera de apoyo psicosocial dirigida a la familia del paciente en cuidado paliativo?

8. DISCUSIÓN

Los Cuidados Paliativos (CP) constituyen una práctica propia de enfermería, la cual, se basa en la asistencia a todo paciente con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible; y su familia, atendiendo todas las esferas que constituyen la persona, y se soportan en el modelo teórico Final tranquilo de la Vida de Shirley Moore y Cornelia Ruland (31), basado en aspectos como lo es la parte física, emocional, social y espiritual del paciente que se encuentra transitando por esta etapa; y las cuales se consideran fundamentales al momento de prestar el servicio de cuidado paliativo.

La fortaleza del proceso de validación de este estudio a través de la utilización de un formato de validación, permite brindar a los expertos una idea clara y precisa sobre la finalidad del juicio. Relacionado con el estudio realizado por Expósito, Marsollier, Difabio y Castro (56), donde se evidencia el proceso de validación del instrumento mediante la utilización del modelo estructural de Cuervo y Escobar (51), “Planilla de Juicio de expertos” estimando este modelo con una estructura efectiva, adecuada, clara y precisa para brindar a los jueces un método de calificación mixta de la información suministrada.

Por otro lado, la validación facial del instrumento efectuada mediante el juicio de expertos, hace referencia a la relevancia de los ítems de la prueba, a la evaluación de su claridad y la comprensión del lenguaje que se utiliza para la redacción de cada uno de los ítems, es decir, evalúa uno a uno todos los ítems de una escala de medición, calculado a través de la fuerza de concordancia que hay entre expertos, permitiendo el diseño de un instrumento sólido y confiable para ser aplicado a la población objeto. Respaldado por el estudio de Barbosa, Luengas y Montes (57), donde se evidencia el proceso de validación facial del instrumento mediante juicio de expertos, a través de la revisión y análisis de los criterios de claridad, coherencia, relevancia y

suficiencia, evaluados en una escala tipo Likert con un promedio de calificación de 1 a 4 en cada uno de los Ítem s del instrumento y sus factores. Obteniendo así datos estadísticos que permitieron calcular la fuerza de concordancia entre los expertos para cada uno de los criterios evaluados.

Utilizar un instrumento con validez de contenido mediante el juicio de expertos, permite en los investigadores generar cuestionamientos e hipótesis eficaces, contribuyendo positivamente y generando estrategias de mejora en la población de estudio. Por ello considerar un Ítem “Esencial” es fundamental en el diseño y validación de un instrumento ya que esto da soporte del grado en que el instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide; es decir, cuán representativo es el comportamiento elegido como muestra del universo que se intenta representar. Soportado por el estudio de Medina (58), en el que se determinó mediante la evaluación por juicio de expertos la validez de contenido utilizando una escala tipo Likert con puntuación de 1 a 3 donde se midieron las cualidades: 1) Esencial, 2) Útil pero no esencial y 3) No necesario, determinando, así, si los Ítem s diseñados reflejaban lo manifestado en el constructo del cual forman parte.

Por otra parte, la presente investigación incorporó expertos dentro de su proceso de validación, fundamentándose en los criterios académicos, disponibilidad y motivación para participar. Expertos capacitados para validez de contenido, con competencias teóricas y prácticas aptas para validar un instrumento de conocimiento en cuidado paliativo. Criterios los cuales se consideraron fundamentales, asegurando una evaluación eficaz, evitando sesgos de contenido, lo cual garantiza un proceso de validez acorde a lo esperado y obtenido mediante el análisis de resultados. Apoyado por el estudio de Marin, Pérez, Senior y García (59), donde se exponen los criterios de “conocimiento, manejo de la información, experiencia profesional, voluntad y

disposición para la participación en el proceso, disponibilidad de tiempo, años de experiencia en la temática concreta, y su capacidad de comunicación efectiva”, como ejes fundamentales al momento realizar la selección de expertos. Siendo este una de los principales generadores de impacto en la validez de las investigaciones. Así mismo, en su estudio Cabero y Llorente (60), describen que “las dificultades inherentes al proceso de validación son la definición del número de expertos debido a que los autores tienen diferencias considerables, aunque en su mayoría refieren que el número dependerá de los objetivos de la investigación con un rango entre 5 y 30”, es así como en este estudio se seleccionaron 11 expertos atendiendo los objetivos planteados al inicio.

Por otra parte, es importante seleccionar herramientas informáticas de análisis estadístico que determinen los valores de las pruebas de fiabilidad y concordancia aplicadas para validar los resultados derivados de las opiniones de los expertos. Cuervo y Escobar (51) en su estudio describen el Coeficiente de Kappa de Fleiss como “la prueba estadística más utilizada y que genera una medida de acuerdo entre evaluadores, en un rango entre -1 y 1, pero generalmente se ubica entre 0 y 1. Utilizada cuando las variables están dadas en una escala nominal, es decir únicamente clasifican”. Por su parte, Lawshe (52) “Propone un modelo para determinar el número de coincidencias en la categoría “esencial” y se espera que se tengan grandes acuerdos entre los jueces, de hecho más del 50% de acuerdos debe ocurrir entre jueces en esta categoría para considerar que el ítem tiene un cierto grado de validez de contenido”, mediante el cálculo matemático de Razón de Validez de Contenido (*Content Validity Ratio*, CVR) y el Índice de Validez de Contenido de toda la prueba (*Content Validity Index*, CVI), en base al juicio emitido por los expertos.

En el proceso de validez facial y de contenido del instrumento diseñado, se comprobó que los Ítems son suficientes, coherentes, claros y pertinentes, respaldados por un índice de kappa de Fleiss aceptable para el criterio de claridad y moderado en referencia a los criterios de coherencia, suficiencia y relevancia. Sobre la validez de contenido se puede afirmar que el instrumento cuenta con un índice de validez de contenido (CVI) excelente. Soportado por el estudio de Closas, Arriola, Amarilla y Jovanovich (61) en donde el cálculo del coeficiente de Kappa de Fleiss tuvo en cuenta la proporción de los posibles acuerdos que ocurrieron en cada dimensión, y del que se estimó una fuerza de concordancia entre los expertos Moderado, en referencia a los criterios de Claridad, suficiencia, coherencia, relevancia, y aceptable en cuanto al criterio de Claridad (0.40). Por otra parte, se puede respaldar con el estudio de Sánchez y Ferrández (62), en el cual se tuvo en cuenta la proporción de los acuerdos entre los expertos en cuanto a la cualidad “Esencial” en cada uno de los ítems, y se estimó un índice de validez de contenido (CVI) con una concordancia entre bueno y excelente por el conjunto de evaluadores.

9. CONCLUSIONES

El instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería-Norte de Santander II semestre del 2022 es útil al saber disciplinar profesional al medir los conocimientos de enfermería en cuanto a los cuidados paliativos desde las diferentes dimensiones humanas contempladas en la teoría Final Tranquilo de la Vida de las autoras Ruland y Moore, y del cual, se espera, que genere un gran impacto en el quehacer enfermero. Resultados los cuales se podrán evidenciar en un futuro con la aplicación del instrumento, proporcionando así una visión más profunda hacia la temática del CP.

En el marco del desarrollo del proyecto, se pudo identificar una ausencia significativa de literatura que aborde estudios de investigación e innovación, en torno a la temática del CP y que a su vez, impacten en los profesionales de enfermería sobre tan importante servicio de intervención, y que del mismo modo, contribuyan a la actualización de conocimientos y el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan al profesional de enfermería brindar un servicio de CP, íntegro y de calidad al paciente y su familia.

En cuanto a la elaboración de los ítems, se lograron construir mediante la recolección de información confiable y actualizada en base a la temática del CP, integrando así un instrumento adaptado a las características del sistema de salud en Colombia, el cual en un futuro con la aplicación de esta herramienta, proporcionara en los profesionales de salud una visión más profunda en torno al CP.

Del resultado de evaluación por juicio de expertos del instrumento de conocimientos sobre cuidados paliativos en el personal de enfermería, se puede concluir que el instrumento diseñado es una herramienta válida, respaldando su uso en esta población y convirtiéndolo en una herramienta adecuada para medir las competencias teóricas de los profesionales de

enfermería en el tema, evidenciado por los resultados estadísticos obtenidos a través del proceso de validación facial y de contenido.

Durante el procesamiento estadístico de los resultados de la validación facial del instrumento a través de la herramienta de Excel Real Statistics, se pudo evidenciar la existencia de respuestas atípicas injustificadas, las cuales, afectaron considerablemente los criterios evaluados, situación que se puede evidenciar en los resultados obtenidos.

El instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería-Norte de Santander II semestre del 2022 está integrado por contenido claro, relevante, coherente y suficiente; con base a los ajustes realizados, derivados de las recomendaciones sugeridas por el grupo de expertos evaluadores, los cuales fueron seleccionados teniendo en cuenta sus características y competencias profesionales y que por ende contribuyeran de manera positiva y significativa en la elaboración del constructo.

10. RECOMENDACIONES

Docencia

Teniendo en cuenta que esta investigación se convierte en un punto de partida para el mejoramiento de la atención en el cuidado paliativo, se recomienda al programa de enfermería la utilización del instrumento en el proceso formativo del saber disciplinar profesional en el curso de vida donde el cuidado paliativo se convierte en un eje transversal en el cuidado de los afectados y de su entorno cercano; forjando así profesionales con iniciativas de impacto, capacitados para prestar un servicio de calidad desde un enfoque más humanizado.

Investigación

El desarrollo de este estudio deja puertas abiertas para futuras iniciativas relacionadas con la profundización de estudios enfocados en el cuidado paliativo, creación de instrumentos, y modos de validación de estos, es por esta razón que la investigadora espera que este instrumento y este proyecto sea tenido en cuenta por personas que estén dispuestas a continuar el trabajo, y con ello se puedan obtener resultados que permitan fortalecer y llenar todos esos vacíos que actualmente se evidencian en el conocimiento enfermero respecto al tema.

Extensión

Se recomienda el uso del instrumento para la futura aplicación en los profesionales de enfermería, teniendo en cuenta los adecuados estándares de validación obtenidos mediante la evaluación de expertos quienes mediante sus observaciones basadas en su experiencia y

competencias profesionales contribuyeron al mejoramiento del instrumento, a fin de poder medir lo anteriormente propuesto.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cuidados paliativos. [Online].; 2021 [cited 2022 05 08. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>.
2. Muñoz L, Pabón D, Vélez R. Conocimientos de Estudiantes de Octavo, Noveno y Décimo Semestre del Programa de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista sobre Cuidados Paliativos Medellín 2020-II. Tesis de Grado. Medellín: Corporación Universitaria Adventista; 2020.
3. Montalvo A, Bohórquez C, Herrera A. Validación y Adaptación Cultural de la Versión Argentina Escala de Cuidados Paliativos a Colombia. Duazary. 2019; 16(2): p. 270-279.
4. Astudillo W, Mendinueta C. Preguntas y Respuestas sobre Cuidados Paliativos. [Online].; 2018 [cited 2022 05 08. Available from: <https://vdocuments.site/preguntas-y-respuestas-sobre-los-pa-drs-wilson-astudillo-y-carmen-mendinueta.html?page=1>.
5. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos. [Online].; 2022 [cited 2022 05 15. Available from: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/guiacpsecpal-1.pdf>.
6. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción). [Online].; 2016 [cited 2022 05 10. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-cuidados-paliativos-adopcion.pdf>.

7. Saunders C. La Mujer que Transformó el Cuidado de los Moribundos. [Online].; 2020 [cited 2022 05 10. Available from: <http://muertedigna.org/textos/euta285.htm>.
8. Cook M. Cicely Saunders, la mujer que transformó el cuidado de los moribundos. [Online].; 2022 [cited 2022 05 10. Available from: <https://es.catholic.net/op/articulos/20763/cat/295/cicely-saunders-la-mujer-que-transformo-el-cuidado-de-los-moribundos.html#modal>.
9. Ruland C, Moore S. Teoría del Final Tranquilo de la Vida. [Online].; 2014 [cited 2022 05 15. Available from: <https://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-del-final-tranquilo-de-la-vida.html>.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados Paliativos. [Online].; 2020 [cited 2022 05 15. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
11. Observatorio de Bioética-Instituto Ciencias de la Vida. Cuidados Paliativos en Latinoamérica. [Online].; 2014 [cited 2022 05 15. Available from: <https://www.observatoriobioetica.org/2014/04/cuidados-paliativos-en-latinoamerica/3206>.
12. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. Estado Actual de los Cuidados Paliativos en Colombia. [Online].; 2021 [cited 2022 05 15. Available from: <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/6132/Estado%20Actual%20de%20los%20Cuidado%20Paliativos%20en%20Colombia%202019.pdf>.

13. Conceição M, M. C, Coutinho C, Barros E, Machado D. Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário. *Rev. Bioét.* 2019; 27(1): p. 134-142.
14. Guevara M, Santos J, Santos I, Valdez F, Garza I, Paz M, et al. Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud. *Revista Conamed.* 2017; 22(4): p. 170-173.
15. 67a Asamblea Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. [Online].; 2014 [cited 2022 05 15. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-sp.pdf.
16. León M. Red Colombiana de Educación en Cuidados Paliativos. [Online].; 2018 [cited 2023 03 21. Available from: <https://slideplayer.es/slide/13304549/>.
17. Colombia. Congreso de la República. Ley 1733. [Online].; 2014 [cited 2022 06 11. Available from:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html.
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Planeación e Implantación de Servicios de Cuidados Paliativos-Evaluación de las Necesidades de los Pacientes y sus Familias. [Online].; 2020 [cited 2022 06 11. Available from:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52784/9789275322871_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
19. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Declaracion de Santafe de Bogota para la promocion de la salud. [Online].; 1992 [cited 2022 05 16. Available from:

<https://www.studocu.com/co/document/universidad-libre-de-colombia/salud-ocupacional/1992-declaracion-bogota/7366732>.

20. García I, Chisbert E, Antonaya A, Casaña J, Hurtado C, Fernández S, et al. Valoración de necesidades formativas de nivel básico en cuidados paliativos en enfermeras de atención primaria en España. *Atención Primaria*. 2022; 54(5): p. 1-9.
21. Villanueva M. Cicely Saunders (1918-2005)/ Enfermera, Trabajadora Social, Médica Y Pionera de los Cuidados Paliativos Modernos. *Galenus*. 2022;(61).
22. Pérez V. Validación y Aplicación de Encuesta sobre el Conocimiento de Cuidados Paliativos a Residentes de Pediatría. Especialista en Pediatría. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2021.
23. Villanueva Q. Conocimientos y Actitudes de los Internos de Enfermería Sobre Cuidados Paliativos, Universidad Señor de Sipàn- Pimantel, en 2019. Tesis de Grado. Pimentel, Perú: Universidad Señor de Sipàn; 2020.
24. Allende S, Alanis A, Delgado A, Peña A, Verástegui E. Conocimientos Básicos y Percepciones en Cuidados Paliativos en Médicos de Pregrado de la Universidad Nacional Autónoma de México. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2020.
25. Sánchez L. Nivel de Conocimientos sobre Cuidados Paliativos en Estudiantes de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, Marzo – Noviembre 2019. Tesis de Doctorado. Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2020.

26. Ortega D, Ortega J, Guerrero R. Conocimientos sobre cuidados paliativos en un grupo de enfermeras en México. *Rev. Colomb. Enferm.* 2019; 18(1): p. 1-8.
27. Benavides F. Percepciones de Estudiantes y Docentes Acerca de la Formación en Cuidados Paliativos en un Programa de Enfermería del Departamento de Nariño. *Maestría en Enfermería en Cuidados Paliativos.* Bogotá: Universidad El Bosque; 2021.
28. Celis J, Vargas M. Validez facial del instrumento NECPAL - CCOMS© en Bogotá D.C. – Colombia 2020. *Maestría en cuidado crítico y Maestría en cuidado paliativo.* Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2020.
29. Peñaranda L. Competencias de Enfermería en Cuidados de Fin de Vida Hospitalario y su Relación Con los Planes de Formación de Universidades en Santander Colombia, 2019. *Maestría en Educación.* Bucaramanga: Universidad Autonoma de Bucaramanga; 2019.
30. Vega A, Ruiz A, Lanza O, Ovallos S, Alvarez M, García S, et al. Diseño y validación de una escala psicométrica que permita estudiar los hábitos saludables físicos y psicológicos en atletas. *Revista Infometrica -Serie Ingeniería, Básicas y Agrícolas.* 2021; 4(1): p. 1-20.
31. Ruland C, Moore S. Final Tranquilo de la Vida. [Online].; 2013 [cited 2022 06 11]. Available from: http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/final-tranquilo-de-la-vida_30.html.
32. Raile M, Marriner A. *Modelos y Teorías en Enfermería: Medilibros;* 2011.

33. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS/MeSH). Cuidados Paliativos. [Online].; 2018 [cited 2023 08 16. Available from:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=10353&filter=ths_termall&q=Cuidados%20paliativos.
34. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS/MeSH). Reproducibilidad de los Resultados. [Online].; 2020 [cited 2023 08 16. Available from:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28610&filter=ths_termall&q=reproducibilidad%20de%20los%20Resultados.
35. López J, Rivera S. Historia del Concepto de Dolor Total y Reflexiones sobre la Humanización de la Atención a Pacientes Terminales. *Rev Cienc Salud*. 2018; 16(2): p. 340-356.
36. Del Arco J. Curso Básico sobre Dolor Total. Tema 1 Fisiopatología, Clasificación y Tratamiento Farmacológico. *Farmacia Profesional*. 2015; 29(1): p. 36-43.
37. Rodríguez O, Expósito M. La Enfermera y los Cuidados al Final de la Vida. *Rev Enfermería*. 2018; 34(4).
38. San Martín J, Lekuona I. Cicely Saunders: “Importas porque eres tú, hasta el último momento de tu vida”. [Online].; 2016 [cited 2022 05 17. Available from:
<https://mujeresconciencia.com/2016/11/23/cicely-saunders-importas-ultimo-momento-vida/>.
39. Shuttleworth M. Validez de Contenido. [Online].; 2015 [cited 2022 07 21. Available from: <https://explorable.com/es/validez-de-contenido>.

40. Egaña M, Araya S, Núñez M, Camus M. Métodos óptimos para realizar validez de contenido. *Educ Med Super.* 2014; 28(3).
41. Colombia. Congreso de la República. Ley 1733. [Online].; 2014 [cited 2022 05 17].
Available from:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379>.
42. Colombia. Congreso de la República. Ley 266. [Online].; 1996 [cited 2022 06 27].
Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf.
43. Colombia. Congreso de la República. Ley 911. [Online].; 2004 [cited 2022 07 04].
Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf.
44. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código Deontológico. [Online].; 1953 [cited 2022 08 21]. Available from: <https://gestiondeenfermeria.com/acerca-de/codigo-deontologico/cod-cie/>.
45. Organización Mundial de la Salud (OMS). 68ª Asamblea Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2023 08 16]. Available from: <https://www.paho.org/es/68-asamblea-mundial-de-la-salud>.
46. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;(33): p. 159-74.

47. Galicia L, Balderrama J, Navarro R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apert.* 2017; 9(2): p. 1-22.
48. Gipuniovi G. Concordancia entre observadores: Kappa de Fleiss en SPSS 26. [Online].; 2019 [cited 2022 05 29. Available from:
[http://gdiyaduniovi.blogspot.com/2019/11/concordancia-entre-observadores-kappa.html#:~:text=El%20estad%C3%ADstico%20kappa%20de%20Fleiss,tipo%20\(Gwet%2C%202014\).](http://gdiyaduniovi.blogspot.com/2019/11/concordancia-entre-observadores-kappa.html#:~:text=El%20estad%C3%ADstico%20kappa%20de%20Fleiss,tipo%20(Gwet%2C%202014).)
49. Ministerio de SALud y Protección Social (MinSalud). Resolución 8430. [Online].; 1993 [cited 2022 09 17. Available from:
[https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf.](https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf)
50. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. Resolución 0314. [Online].; 2018 [cited 2022 09 09. Available from:
[https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/reglamentacion/resolucion_0314-2018.pdf.](https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/reglamentacion/resolucion_0314-2018.pdf)
51. Cuervo A, Escobar J. Validez de Contenido y Juicio de Expertos: una Aproximación a la Utilización. *Avances en Medición.* 2008;(6): p. 27-36.
52. Lawshe C. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology.* 1975; 28(4): p. 563–575.
53. Hernández R. *Contributions to Statistical Analysis..* Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes; 2002.

54. Tristán A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*. 2008;(6): p. 37-48.
55. Excel Real Statistics. Real Statistics Website. [Online].; 2022 [cited 2023 05 03]. Available from: <https://real-statistics.com/>.
56. Expósito C, Marsollier R, Difabio H, Castro A. Construcción y validación del Cuestionario de Acoso y Ciberacoso Escolar (CACE) mediante juicio de expertos. *Revista Evaluar*. 2023; 23(1): p. 61-79.
57. Barbosa A, Luengas L, Montes L. Validez aparente y de contenido del instrumento de espiritualidad (spi-27©) en pacientes con enfermedad crónica avanzada en cuidados paliativos. *Maestría en cuidados paliativos*. Universidad El Bosque; 2022.
58. Medina R. Validez de contenido de un instrumento de medición de derechos humanos en México. *Revista de Ciencias Sociales*. 2020;(168): p. 203-232.
59. Marin F, Pérez J, Senior A, García J. Validación del diseño de una red de cooperación científico-tecnológica utilizando el coeficiente K para la selección de expertos. *Inf. tecnol*. 2021; 32(2): p. 79-88.
60. Cabero J, Llorente C. La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Sevilla: Universidad de Sevilla; 2013.

61. Closas A, Arriola E, Amarilla M, Jovanovich E. Relaciones causales entre aspectos de educación virtual y percepción del aprendizaje adquirido en contexto de pandemia. Cuaderno de Pedagogía Universitaria. 2022; 20(39): p. 97-110.
62. Sánchez L, Ferrández R. Aplicación del método Delphi en el diseño de un marco para el aprendizaje por competencias. Revista de Investigación Educativa. ; 40(1): p. 219–235.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de validación para juicio de expertos

Validación de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022

Instrucciones: La presente investigación abordada por la estudiante Yenifer Natalia **Pérez Gómez**, en conjunto con Gloria Omaira Bautista Espinel (Directora) y Olga Marina Vega Angarita (Co-Directora), de la Universidad Francisco de Paula Santander, tiene como objetivo “Diseñar y validar un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería, en Norte de Santander, II semestre del 2022”, el cual, cuenta con su respectivo aval por el Comité de Ética de la Facultad Ciencias de la Salud.

Quiero invitarlo(a) a participar en este proyecto de investigación, teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

El instrumento se encuentra estructurado en dos partes, la primera contiene variables sociodemográficas y profesionales, que permiten al investigador clasificar el nivel de conocimientos que tiene cada participante, teniendo en cuenta que no podemos agrupar respuestas de personal, que hasta ahora se está capacitando, con otros que cuentan con competencias en el tema de cuidados paliativos, así mismo esta primera parte se encuentra agrupada por 11 ítems de los cuales, 4 corresponden a preguntas abiertas y, 7 a preguntas de selección múltiple. La segunda parte incorpora cinco dimensiones, que se agrupan en 10 ítems cada una; De selección múltiple con única respuesta. Las mismas, se estructuran siguiendo los conceptos dados por Shirley Moore y Cornelia Ruland en el modelo teórico “Final tranquilo de la vida” los cuales son: ausencia del dolor, experiencia de bienestar, experiencia dignidad y respeto, estado de tranquilidad/ estar en paz y, proximidad de los allegados; quienes postulan una

serie de afirmaciones básicas que se deberían cumplir para proporcionar estabilidad al paciente en los momentos finales. (Rodríguez-Cruz O, Expósito-Concepción M. La enfermera y los cuidados al final de la vida. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2019 [citado 22 Feb 2023]; Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2328>).

Ponderación de las preguntas:

Por cada dimensión hay de 9 a 10 respuestas correctas, cada una con un valor de 2 puntos, lo esperado serían 100 puntos en total, que dividido en cinco dimensiones que componen el instrumento, corresponde a 20 puntos por cada dimensión. Por lo **tanto**, la calificación asignada será de la siguiente manera:

- Excelente (20-18 puntos) si hay de 9 a 10 respuestas correctas por cada dimensión.
- Bueno (16-14 puntos) si hay de 7 a 8 respuestas correctas por cada dimensión.
- Regular (12-10 puntos) si hay de 5 a 6 respuestas correctas por cada dimensión.
- Malo (8-6 puntos) si hay de 3 a 4 respuestas correctas por cada dimensión.
- Deficiente (4-0 puntos) si hay de 2 a 0 respuestas correctas por cada dimensión.

Observación: Tenga en cuenta, que todas las dimensiones tienen igualdad de importancia y, para que este instrumento pueda ser evaluado todas las dimensiones deben ser respondidas, por lo tanto, no puede incluir o tachar opciones diferentes a las planteadas en el instrumento. Así mismo, es importante aclarar que su participación en esta investigación no tiene ninguna recompensa material o económica, y usted, es libre de no participar o retirarse si lo desea. Por otra parte, sus datos y respuestas serán utilizados de forma anónima, solo para fines educativos, y serán archivados de manera segura en la Universidad Francisco de Paula Santander.

Anexo 2. Otorgamiento del consentimiento informado para realizar la validación del instrumento

A través del presente documento, Yenifer Natalia Pérez Gómez con código 1801068, Correo electrónico yenifernataliapg@ufps.edu.co y Celular 3105489913, estudiante de la Universidad Francisco de Paula Santander, Facultad Ciencias de la Salud, programa de enfermería, me encuentro desarrollando un proyecto de investigación titulado “Diseño y validación de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022”. El cual se encuentra avalado por el Comité de Ética e investigación de la Facultad y tiene finalidad únicamente académica.

Me permito, invitarla(o) a participar como experto validador en este proyecto, que contempla el desarrollo de:

1. Determinar la validez facial mediante el juicio de expertos del instrumento formulado, sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería en, Norte de Santander, II Semestre del 2022.
2. Determinar la validez de contenido por expertos del instrumento formulado sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería en, Norte de Santander, II Semestre del 2022.

Información General: La investigación es un estudio de tipo metodológico, en fase cualitativa, en el cual se desarrolló un instrumento que será sometido a validación facial y de contenido por expertos, con el fin evidenciar, que tan viable resulta su uso posterior para determinar los conocimientos en cuidados paliativos del personal de enfermería. Del mismo modo, la presente investigación es considerada dentro de la categoría de investigación sin riesgos de acuerdo a lo establecido en la resolución 8430 de 1993, ya que en este estudio los participantes no serán expuestos a ningún tipo de procedimiento, ni requiere de intervenciones biológicas o fisiológicas en los participantes, así mismo la información recopilada será empleada solo con fines investigativos y académicos, respetando la privacidad de cada uno de los participantes, para lo

cual garantizamos el manejo de los datos que nos suministre de manera confidencial, tomando en cuenta la normativa de Habeas Data, de otra parte usted, como evaluador tendrá la libertad de retirarse del estudio sin que se generen prejuicios en su contra, si así lo desea. Por lo anterior le indagamos si usted como invitado experto:

¿Acepta participar de forma libre y voluntaria en el presente estudio?

SI

No

Anexo 3. Formato y acta para validar instrumento

Diseño y validación de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022

UFPS – Programa de Enfermería

Estimado Experto Validador:

Para los integrantes del proyecto enunciado, Yenifer Natalia **Pérez Gómez** (Investigadora), Gloria Omaira Bautista Espinel (Directora) y Olga Marina Vega Angarita (Codirectora), del programa de Enfermería de la UFPS, es grato dirigirnos a Usted, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el instrumento anexo, el cual será aplicado al personal de Enfermería.

Usted ha sido seleccionado, por cuanto consideramos que sus observaciones y subsecuentes aportes serán de utilidad. El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para la validación facial del presente instrumento, que integra el proyecto que se realiza en los actuales momentos, titulado: “Diseño y validación de un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022”.

Para efectuar la validación del instrumento, Usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, en donde se pueden seleccionar una, varias o ninguna alternativa de acuerdo al criterio personal y **profesional del rol** que responda al instrumento. Por otra **parte**, se le agradece cualquier sugerencia relativa a suficiencia, claridad, coherencia y relevancia u otro aspecto que se considere importante para la validez de contenido y para mejorar el mismo. A **continuación**, se describirá: 1. La forma de evaluar y 2. Estructura del instrumento.

Gracias por su aporte.

Instrucciones:

1. Forma de evaluar

Para el desarrollo de la validación facial del “Instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería en, Norte de Santander, II semestre del 2022” se tomó del estudio de Jazmine Escobar Pérez (1), la guía de validez de contenido, la cual consta de cuatro criterios: 1. suficiencia, 2. claridad, 3. coherencia y 4. Relevancia, ajustadas a criterios de evaluación que van de 1 a 4 y que a su vez cuenta con un indicador objetivo para su ponderación que son: 1). No cumple con el criterio, 2). Bajo nivel, 3). Moderado nivel y 4). Alto nivel. Tal y como se encuentra descrita en la Tabla 1.

Tabla 1. Categorías-Indicadores de Calificación

CRITERIOS	CALIFICACIÓN	INDICADOR
1. SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la Medición de esta.	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado nivel.	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la Dimensión completamente.
	4. Alto nivel.	Los ítems son suficientes.
2. CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel.	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel.	El ítem es claro tiene semántica y sintaxis adecuada.
3. COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel.	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel.	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

4.RELEVANCIA	1.	No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
El ítem es esencial o importante, es decir debe estar incluido.	2.	Bajo nivel	El ítem tiene alguna relevancia. Pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	3.	Moderado nivel.	El ítem es relativamente importante.
	4.	Alto nivel.	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Fuente: Cuervo y Escobar (51).

Para la evaluación de contenido del “Instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería en, Norte de Santander, II semestre del 2022”, cada uno de los ítems será evaluado considerando las cualidades: Esencial, útil pero no esencial y no necesario, asignado un puntaje de 1 a 3, respectivamente: 1. Esencial, el ítems es indispensable para para interpretar el fenómeno de estudio y por lo tanto es fundamental que se incluya en el instrumento; 2. Útil, pero no esencial, el ítem es útil y sirve para interpretar el fenómeno de estudio pero no es indispensable y; 3. No necesario, El ítems NO es necesario y su uso NO inclusión, dentro del instrumento NO afectara la medición de la dimensión. Tal y como se encuentra descrita en la Tabla 2.

Tabla 2. Validez de Contenido- Indicadores de Calificación

CUALIDADES	CALIFICACIÓN	INDICADOR
VALIDEZ DE CONTENIDO	1.	ESENCIAL.
	2.	ÚTIL PERO NO ESENCIAL.
	3.	NO NECESARIO.

Fuente: Cuervo y Escobar (51).

2. Estructura del Instrumento

El instrumento está conformado por información sociodemográfica de los participantes con 11 ítems y 5 dimensiones las cuales, se encuentran integradas por 10 ítems cada una, de la siguiente forma:

Preguntas de Caracterización Sociodemográfica: Estas preguntas hacen referencia a la información demográfica de la población de estudio, como lo son: Género, Edad, Estado civil, Ocupación, Experiencia laboral y tiempo, Entidad donde elabora, Universidad de egreso, Educación en cuidados paliativos y, Tipo de formación en cuidados paliativos. Con el objetivo de obtener una visión más profunda de los participantes, asegurando así, que el estudio sea dirigido a la población adecuada y, que a su vez, asegure datos investigativos eficientes y útiles.

PREGUNTAS		CATEGORIAS				VALIDEZ			OBSERVACIONES
#	Ítem	1		3					
	Género: a). Femenino <input type="checkbox"/> b). Masculino <input type="checkbox"/>								
	Edad en años: _____								
	Estado civil: a). Soltero (a) <input type="checkbox"/> b). Casada (o) <input type="checkbox"/> c). Unión Libre <input type="checkbox"/> d). Divorciado (a) <input type="checkbox"/> e). Viudo (a) <input type="checkbox"/>								

	f). Separado (a) <input type="checkbox"/>								
	Ocupación: a). Profesional de Enfermería área asistencial (hospitalaria / ambulatoria) <input type="checkbox"/> b). Docente en enfermería <input type="checkbox"/>								
	¿Tiene experiencia en el área de cuidados paliativos o en atención en el cuidado de pacientes con problemas de dolor? a). Si <input type="checkbox"/> b). No <input type="checkbox"/>								
	Tiempo de experiencia en años: _____								
	Entidad donde labora: _____								
	Universidad de egreso: _____								
	¿Durante su formación de pregrado, recibió educación en cuidados paliativo? a). Si <input type="checkbox"/> b). No <input type="checkbox"/>								

0	<p>¿Ha recibido educación continuada en cuidados paliativos?</p> <p>a). Si <input type="checkbox"/></p> <p>b). No <input type="checkbox"/></p>								
1	<p>¿Qué tipo de formación continuada en cuidados paliativos ha recibido?</p> <p>a). Menor a 120 horas (curso, taller o capacitación).</p> <p>b). Mayor a 120 horas (curso, taller o capacitación).</p> <p>c). Formación posgradual (especialización, maestría o diplomado).</p>								

Dimensión 1. Estas preguntas hacen referencia a:

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	ELEMENTOS DEL CONTENIDO	#ITEMS
1. AUSENCIA DEL DOLOR	<p>Parte fundamental de la experiencia del final de vida de muchos pacientes, es estar libre de sufrimiento o molestias sintomáticas. Clínicamente, se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión histica potencial o real (Lenz, Suppe, Gift, Pugh y Milligan, 1995; Pain terms, 1979).</p>	<p>Esta dimensión aborda aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición del dolor. Clasificación del dolor según su duración. Alteraciones neurodegenerativas según tipo de dolor. Método fiable de medición ante el dolor. Alivio del dolor basándose en medidas 	12-21

	<p>a). Escala de Barthel. b). Escala Wong Baker. c). Escala de Eva.</p>								
17	<p>¿Qué medida no farmacológica considera usted que puede contribuir al alivio del dolor? a). La cafeína a altas dosis. b). La electroestimulación. c). Los parches transdérmicos.</p>								
18	<p>¿Cuáles son los analgésicos de elección, en la fase inicial de los cuidados paliativos? a). Ibuprofeno, aspirina y opioides. b). Diazepam, salicilato y opioides. c). Aspirina, codeína y morfina.</p>								
19	<p>¿Qué parámetros se deben tener en cuenta al momento de usar medicamentos coadyuvantes para aliviar el dolor, en un paciente de cuidado paliativo? a). El peso del paciente, la localización del dolor y su duración. b). La intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente. c). El escalón de analgesia implementado por la OMS.</p>								
20	<p>¿Cómo se define la escalera analgésica? a). La mejor demostración de la utilización multimodal de los analgésicos. b). El método que sirve como guía, para aliviar el dolor en los pacientes según intensidad y síntoma. c). La escala para instaurar tratamientos farmacológicos, especialmente en los</p>								

	casos de dolor oncológico.								
21	<p>¿Cuáles considera usted que son las zonas de punción más habituales para el manejo del dolor, en cuidado paliativo?</p> <p>a). Zona del deltoides.</p> <p>b). Zona de la escapula, zona deltoides y abdomen.</p> <p>c). Zona de la escapula, zona deltoides, abdomen y pecho.</p>								

Dimensión 2. Estas preguntas hacen referencia a:

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	ELEMENTOS DEL CONTENIDO	# ITEMS
2. EXPERIENCIA DE BIENESTAR	<p>En palabras de Kolcaba y Kolcaba (1991), se define como “alivio de la molestia, el estado de relajación y satisfacción tranquilo, y todo lo que hace la vida fácil o placentera”, citado por la teórica Ruland y Moore, en 1998, p.172.</p>	<p>Esta dimensión aborda aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finalidad de los cuidados paliativos, incluyendo los parámetros de calidad. • Planificación y evaluación de cuidados. • Control de los síntomas. • Confort y bienestar del paciente. • Prevención de complicaciones (identificación de reacciones adversas en la realización de procedimientos terapéuticos y cambios de posición). 	22-31

	<p>para que el control de los síntomas sea efectivo?</p> <p>a). Una valoración individualizada y, si fuera posible, el tratamiento de la etiología o mecanismo subyacente a cada síntoma.</p> <p>b). Una evaluación de los tratamientos farmacológicos disponibles.</p> <p>c). Una valoración individualizada del paciente y evaluación del tratamiento no farmacológico.</p>							
26	<p>¿Cuáles considera usted que sean ayudas de apoyo alternativas, que contribuyen a que el paciente se adapte mejor a su enfermedad y mantenga un adecuado control los síntomas?</p> <p>a). Enseñar Técnicas de relajación.</p> <p>b). Proporcionar respaldo, comprensión, y escucha activa.</p> <p>c). Realizar intervenciones no farmacológicas que contribuyan a la experiencia del paciente a no tener dolor.</p>							
27	<p>¿Cuál considera usted sea la clave en enfermería, para conseguir al máximo el confort y bienestar del paciente en cuidado paliativo?</p> <p>a). Alivio del sufrimiento.</p> <p>b). Acompañamiento continuo.</p> <p>c). Realizar constantemente cambios de posición.</p>							
28	<p>¿Qué actividades de enfermería contribuyen a mantener un estado de</p>							

	<p>comodidad en el paciente de cuidado paliativo?</p> <p>a). El Control de los síntomas, y monitorización signos vitales.</p> <p>b). El Apoyo por parte de los amigos, y visita constante de los familiares.</p> <p>c). El alivio del sufrimiento físico, psicológico y el control de los síntomas.</p>							
29	<p>¿Qué acciones como profesional de enfermería realizaría para minimizar la aparición de reacciones locales cuando se administra un medicamento endovenoso en un paciente de cuidado paliativo?</p> <p>a). Seleccionar el lugar de punción teniendo en cuenta las características de cada paciente.</p> <p>b). Usar mayor dilución, usar el mismo sitio de punción siempre, y disminuirle un poco la dosis para evitar efectos graves.</p> <p>c).Tener en cuenta el lugar de punción, diluir de manera adecuada el fármaco, adecuada técnica de administración.</p>							
30	<p>¿Cuáles considera usted que sean las causas por las que puede precisarse adelantar el cambio del sitio de punción en un paciente?</p> <p>a). Hematomas, eritemas, e infección.</p> <p>b). Trombosis, vasoconstricción y calor local.</p>							

	c). Enrojecimiento, incomodidad del paciente y hematomas.							
31	¿Cómo se denomina la movilización que se emplea en un paciente, con el fin de facilitar la exploración, su tratamiento, y la prevención de lesiones consecutivas a la inmovilidad? a). Cambio corporal activo del paciente. b). Cambio de posiciones corporal. c). Cambio corporal pasivo del paciente.							

Dimensión 3. Estas preguntas hacen referencia a:

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	ELEMENTOS DEL CONTENIDO	# ITEMS
3. EXPERIENCIA DIGNIDAD Y RESPETO	<p>Incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto a las personas, que establece que las personas deben tratarse como entes autónomos, y que las personas con autonomía reducida tienen derecho a protección (United States, 1978).</p> <p>Todo paciente terminal se “respeta y se aprecia como un ser humano” (Ruland y Moore, 1998, p.172).</p>	<p>Esta dimensión aborda aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición de consentimiento informado en base a la humanización. Documento de voluntad anticipada. Consentimiento informado. Relación terapéutica enfermero paciente y comunicación efectiva. Marco normativo colombiano en cuidados paliativos. Principios éticos del cuidado paliativo. 	32-41

	<p>b). Apoyo emocional.</p> <p>c). Apoyo psicosocial.</p>							
37	<p>¿Qué barreras podrían condicionar, la comunicación efectiva de malas noticias en el profesional de enfermería?</p> <p>a). El déficit de habilidades para valorar las necesidades de información y para facilitar la participación del paciente y de sus familiares en la toma de decisiones.</p> <p>b). La capacidad de adaptación de los pacientes y de sus familiares a las nuevas situaciones, la asimilación de la enfermedad y la consideración de las diferentes opciones.</p> <p>c). El inadecuado intercambio de información que implique el cuidado de los pacientes y la adherencia a los tratamientos.</p>							
38	<p>¿Cuáles aspectos considera usted claves a la hora de informar a un paciente sobre su situación de salud?</p> <p>a). Que la verdad sea expresada solo al paciente.</p> <p>b). Que lo haga un médico y no una enfermera.</p> <p>c). Que exista congruencia informativa, y decir siempre la verdad.</p>							
39	<p>¿Cuál es la norma, que en Colombia le permite a los sujetos de cuidado tener acceso al cuidado paliativo en todos los niveles de atención?</p> <p>a). La resolución 1051 de 2016 establece los mecanismos para que la voluntad anticipada tenga validez legal y sea respetada por los más cercanos y por el equipo de salud del paciente, en caso de que tome la decisión.</p> <p>b). Ley 1733 de 2014 Ley Consuelo Devis Saavedra, para el manejo integral de pacientes con alto impacto en la calidad de vida.</p> <p>c). Ley 1751 de 2015 consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula</p>							

	y establece sus mecanismos de protección.								
40	<p>¿Qué derechos del paciente se protegen en la normativa que establece el cuidado paliativo para Colombia?</p> <p>a). Derecho a una segunda opinión, información, y firma de voluntad anticipada.</p> <p>b). Derecho a la igualdad, respeto y participación de forma activa en el proceso de atención.</p> <p>c). Derecho a la voluntad anticipada, autonomía y justicia.</p>								
41	<p>¿Cuáles son los principios éticos, propios el cuidado paliativo?</p> <p>a). Veracidad y dignidad.</p> <p>b). Sinceridad y autonomía.</p> <p>c). Respeto y dignidad.</p>								

Dimensión 4. Estas preguntas hacen referencia a:

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	ELEMENTOS DEL CONTENIDO	# ITEMS
4. ESTADO DE TRANQUILIDAD (ESTAR EN PAZ)	Representa un "sentimiento de calma, armonía y satisfacción (libre de) ansiedad, agitación preocupaciones y miedo" (Ruland y Moore, 1998, p.172). Un estado tranquilo incluye las dimensiones física, psicológica y espiritual.	<p>Esta dimensión aborda aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ámbito espiritual del paciente. • Cambios emocionales del paciente. • Ayudas de apoyo psicológico y psicosocial para el paciente. • Relación terapéutica enfermero-paciente. 	42-51

	<p>b). Dar esperanzas, permitirle visitas constantes de familiares y amigos, suplir todas sus necesidades físicas.</p> <p>c). Mejorar la calidad de vida del paciente, y ayudarlo a tomar una decisión sobre la religión que debe profesar.</p>							
46	<p>¿Cuáles considera usted, que sean los cambios mentales y emocionales, que experimenta un paciente en cuidado paliativo?</p> <p>a). Negación, aceptación, muerte y tratamiento.</p> <p>b). Trato digno, atención humanizada, depresión, aceptación y negación.</p> <p>c). Negación, ira, negociación, depresión y aceptación.</p>							
47	<p>¿Cuáles considera usted, que sean acciones de apoyo emocional, de enfermería con el paciente, en cuidado paliativo?</p> <p>a). Explorar al paciente, y brindarle cariño.</p> <p>b). Tocar y abrazar al paciente si se puede.</p> <p>c). Proporcionar ayuda, explorar al paciente identificando sus necesidades.</p>							
48	<p>¿Cuáles considera usted, que sean acciones de apoyo psicológicas, de enfermería con el paciente, en cuidado paliativo?</p> <p>a). La escucha activa y disposición empática en un marco de contención y soporte.</p> <p>b). La identificación precoz, correcta valoración, y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.</p> <p>c). La seguridad de que todas sus necesidades de cuidado físico, emocional, espiritual y social, están siendo atendidas.</p>							
49	<p>¿Qué parámetros se consideran claves, al momento de evaluar el ámbito psicosocial de un paciente en cuidado paliativo?</p> <p>a). Las creencias del paciente, estilo de vida, recursos socioeconómicos y relaciones familiares.</p> <p>b). Las fuentes de estrés, recursos espirituales, Circunstancias económicas, y relación terapéutica médico-paciente.</p>							

	c). Los aspectos relativos al Momento vital, red de recursos sociales, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, y las relaciones.							
50	¿Qué acciones de enfermería considera usted, que sean de apoyo psicosocial para la familia del paciente en cuidado paliativo? a). Brindar la oportunidad de expresar sus necesidades de información. b). Atender sus necesidades de espiritualidad. c). Ofrecer un soporte espiritual y psicológico básico.							
51	¿Cuál es el foco de atención en enfermería, cuando se presta el servicio de cuidado paliativo? a). Solo el paciente. b). Paciente y su familia. c). Familia , paciente y, allegados.							

Dimensión 5. Estas preguntas hacen referencia a:

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	ELEMENTOS DEL CONTENIDO	# ITEMS
5. PROXIMIDAD DE LOS ALLEGADOS	Sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan” (Ruland y Moore, 1998 p.172). Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas.	<p>Esta dimensión aborda aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar. • Familia fuente de apoyo en los cuidados paliativos. • Beneficios del apoyo familiar en el cuidado paliativo. • Rol del cuidador (efectos negativos, sobrecarga afectiva). • Apoyo psicosocial familiar. • Tipos y etapas del duelo. 	52-61

	aceptación del rol y, la correcta comunicación con el enfermo.								
55	<p>¿Cuáles son los efectos negativos que se generan, en el familiar del paciente de cuidado paliativo, que asume el rol del cuidador principal cuando apoya las intervenciones de cuidado de manera permanente?</p> <p>a). El aislamiento social y, disminución de actividades y rutinas habituales.</p> <p>b). Riesgo de cansancio del rol del cuidador y, abandono del mismo.</p> <p>c). Alteración en la ejecución del rol y, factores estresantes que generan una enfermedad en el cuidador.</p>								
56	<p>¿Cuál sería la forma en que usted como profesional de enfermería, podría involucrar a la familia en las acciones de cuidado paliativo en el contexto del hogar?</p> <p>a). Incorporándolos en entrevistas sobre su tratamiento y cuidado cuando sea posible, siempre y cuando el paciente este de acuerdo.</p> <p>b). Haciendo participe al familiar de actividades individuales que requieren de alto grado de efectividad.</p> <p>c). Permitiendo la estadía permanente del familiar con el enfermo independientemente de su situación de salud.</p>								
57	<p>Respecto a los cuidadores del paciente en cuidado paliativo, ¿cuál es la característica de la denominada sobrecarga afectiva?</p> <p>a). Conspiración del silencio.</p> <p>b). Miedos familiares más comunes.</p> <p>c). Claudicación familiar.</p>								
58	<p>Como profesional de enfermería, ¿Cuál considera usted, que sea una acción de apoyo psicosocial, dirigida a la familia del paciente en cuidado paliativo?</p>								

	<p>a). Ofrecer la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información.</p> <p>b). Identificar a los cuidadores más vulnerables o deprimidos y evaluar su soporte emocional.</p> <p>c). Planificación de servicios centrados en las necesidades del cuidador, a fin de identificar y evaluar su estado emocional y físico.</p>							
59	<p>¿Cuál considera usted, que sea el factor clave que permite en enfermería brindar apoyo a la familia durante el proceso de duelo?</p> <p>a). La familia y el paciente constituyen el binomio objeto de atención en los cuidados paliativos.</p> <p>b). La familia puede presentar alteraciones que repercuten en su capacidad de adaptación.</p> <p>c). La atención al paciente con enfermedad en fase terminal no finaliza hasta que sus familiares hayan superado el duelo.</p>							
60	<p>¿Cuáles son, los tipos de duelo a los se puede enfrentar la familia de un paciente en cuidado paliativo?</p> <p>a). Duelo anticipado, patológico, inhibido, distorsionado, desautorizado y, duelo retardado.</p> <p>b). Duelo negado, aceptado y, duelo reprimido.</p> <p>c). Duelo negociado, depresivo, anticipado, claudicado, negado, y duelo desautorizado.</p>							
61	<p>¿Cuáles son las etapas que conforman el duelo, al que se ve sometida la familia de un paciente en cuidado paliativo al final de la vida?</p> <p>a). Ira, Cólera, depresión, negación y, aceptación.</p> <p>b). Negación, negociación, cólera, depresión y, aceptación.</p> <p>c). Depresión, distorsión, negación, claudicación y, aceptación.</p>							

Evaluated por:

Nombre y Apellido: _____

C.C.: _____ Firma: _____

Nombre del proyecto: “Instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022”

Constancia de validación

Yo, _____, titular de la
Cédula de Ciudadanía N° _____, de profesión
_____, ejerciendo actualmente como
_____, en la Institución

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (cuestionario), a los efectos de su aplicación a:

_____.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				
Amplitud de contenido				
Redacción de los Ítems				

Claridad y precisión				
Pertinencia				

En _____, a los _____ días del mes de _____ del _____

Firma

Anexo 4. Instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería - Norte de Santander II semestre del 2022

La presente investigación abordada por la estudiante Yenifer Natalia **Pérez Gómez**, en conjunto con Gloria Omaira Bautista Espinel (Directora) y Olga Marina Vega Angarita (Co-Directora), de la Universidad Francisco de Paula Santander, tiene como objetivo “Diseñar y validar un instrumento sobre conocimiento en cuidados paliativos en el personal de enfermería, en Norte de Santander, II semestre del 2022”, el cual, cuenta con su respectivo aval por el Comité de Ética de la Facultad Ciencias de la Salud.

El instrumento está conformado por información sociodemográfica de los participantes con 11 ítems y 5 dimensiones las cuales, se encuentran integradas por 10 ítems cada una, distribuidas de la siguiente forma: la primera contiene variables sociodemográficas y profesionales, que permiten al investigador clasificar el nivel de conocimientos que tiene cada participante, teniendo en cuenta que no podemos agrupar respuestas de personal, que hasta ahora se está capacitando, con otros que cuentan con competencias en el tema de cuidados paliativos, así mismo esta primera parte se encuentra agrupada por 11 ítems de los cuales, 4 corresponden a preguntas abiertas y, 7 a preguntas de selección múltiple. La segunda parte incorpora cinco dimensiones, que se agrupan en 10 ítems cada una; De selección múltiple con única respuesta. Las mismas, se estructuran siguiendo los conceptos dados por Shirley Moore y Cornelia Ruland en el modelo teórico “Final tranquilo de la vida” los cuales son: ausencia del dolor, experiencia de bienestar, experiencia dignidad y respeto, estado de tranquilidad/ estar en paz y, proximidad de los allegados.

Ponderación de las preguntas:

Por cada dimensión hay de 9 a 10 respuestas correctas, cada una con un valor de 2 puntos, lo esperado serian 100 puntos en total, que dividido en cinco dimensiones que, componen el instrumento, corresponde a 20 puntos por cada dimensión. Por lo tanto, la calificación asignada será de la siguiente manera:

- Excelente (20-18 puntos) si hay de 9 a 10 respuestas correctas por cada dimensión.
- Bueno (16-14 puntos) si hay de 7 a 8 respuestas correctas por cada dimensión.
- Regular (12-10 puntos) si hay de 5 a 6 respuestas correctas por cada dimensión.
- Malo (8-6 puntos) si hay de 3 a 4 respuestas correctas por cada dimensión.
- Deficiente (4-0 puntos) si hay de 2 a 0 respuestas correctas por cada dimensión.

Quiero invitarlo(a) a participar en este proyecto de investigación, teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

Todas las dimensiones tienen igualdad de importancia y, para que este instrumento pueda ser evaluado todas las dimensiones deben ser respondidas, por lo tanto, no puede incluir o tachar opciones diferentes a las planteadas en el instrumento. Así mismo, es importante aclarar que su participación en esta investigación no tiene ninguna recompensa material o económica, y usted, es libre de no participar o retirarse si lo desea. Por otra parte, sus datos y respuestas serán utilizados de forma anónima, solo para fines educativos, y serán archivados de manera segura en la Universidad Francisco de Paula Santander.

¿Acepta participar de forma libre y voluntaria en el presente estudio?

SI

NO

Caracterización sociodemográfica

1. Género:

a). Femenino

b). Masculino

2. Edad en años: _____

3. Estado civil:

a). Soltero (a)

b). Casada (o)

c). Unión Libre

d). Divorciado (a)

e). Viudo (a)

f). Separado (a)

4. Ocupación:

a). Profesional de Enfermería área asistencial (hospitalaria / ambulatoria)

b). Docente en enfermería

c). Profesional de enfermería del área administrativa

5. ¿Tiempo de experiencia en el manejo y atención de pacientes que requieren cuidados paliativos?

a)

b)

6. Tiempo de experiencia en años como profesional de enfermería: _____

7. Entidad donde labora: _____

8. Universidad de egreso: _____

9. ¿Durante su formación de pregrado, recibió educación en cuidados paliativo?

a). Si

b). No

10. ¿Ha recibido educación continuada en cuidados paliativos?

a). Si

b). No

11. En caso de que haya recibido formación continuada en cuidados paliativos ¿Qué tipo de formación continuada ha recibido?

- a). Menor a 120 horas (curso, taller o capacitación).
- b). Mayor a 120 horas (curso, taller o capacitación).
- c). Formación posgradual (especialización, maestría, Doctorado o diplomado).

Dimensión 1: Ausencia del Dolor

12. ¿Cómo se define el dolor en cuidados paliativos?

- a). Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial.
- b). Sufrimiento que padece una persona que transita por una enfermedad terminal.
- c). Escala de medición que permite identificar los componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales, percibidos y/o asociados por la persona.

13. ¿Cuál es el tipo de dolor que se caracteriza por tener una duración menor a 3 meses y que generalmente se asocia a un daño tisular?

- a). Dolor somático.
- b). Dolor agudo.
- c). Dolor moderado.

14. ¿Cómo se clasifica el dolor con duración de más de 3 o 6 meses, que se prolonga más allá de la curación de la lesión que lo originó y, no se acompaña de reflejos protectores?

- a). Dolor crónico.
- b). Dolor agudo.
- c). Dolor moderado.

15. ¿Cuáles son las respuestas autónomas relacionadas con los síntomas neurovegetativos en el dolor agudo o visceral?

- a). Palidez, alteración de los signos vitales y diaforesis.
- b). Discomfort, irritabilidad, disminución de la saturación de oxígeno.
- c). Aumento de la irritabilidad refleja, Hipotensión y Bradicardia.

16. ¿Cuál es el método de medición más fiable para evaluar el dolor?

- a). Escala de Barthel.
- b). Escala facial de Wong y Baker.
- c). Escala Visual Analógica (EVA).

17. ¿Qué medida no farmacológica puede contribuir al alivio del dolor?

- a). La cafeína a altas dosis.
- b). La electroestimulación.

c). Los parches transdérmicos.

18. ¿Cuáles son los analgésicos de elección, en la fase inicial de los cuidados paliativos?

a). Analgésico no opioides y Coadyuvantes.

b). Opioides menores, analgésicos no opioides y coadyuvantes.

c). Opioides potentes, analgésicos no opioides y coadyuvantes.

19. ¿Qué parámetros se deben tener en cuenta al momento de usar medicamentos coadyuvantes para aliviar el dolor, en un paciente de cuidado paliativo?

a). El peso del paciente, la localización del dolor y su duración.

b). La intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.

c). El escalón de analgesia implementado por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

20. ¿Cómo se define la escalera analgésica?

a). La mejor demostración de la utilización multimodal de los analgésicos.

b). El método que sirve como guía, para aliviar el dolor en los pacientes según intensidad y síntoma.

c). La escala para instaurar tratamientos farmacológicos, especialmente en los casos de dolor oncológico.

21. ¿Cuáles considera usted que son las zonas de punción más habituales para el manejo del dolor, en cuidado paliativo?

- a). Zona del deltoides, tercio medio y, Brazo.
- b). Zona del pecho, zona deltoides y abdomen.
- c). Zona de la escapula, zona deltoides, abdomen y zona infraclavicular.

Dimensión 2: Experiencia de Bienestar

22. ¿Cuál es la finalidad de los cuidados paliativos?

- a). Asistencia únicamente a las personas que están al borde de la muerte.
- b). Administrar adecuadamente, el tratamiento farmacológico prescrito.
- c). Evaluar y tratar los síntomas del paciente, contribuyendo a mejorar su calidad de vida, y brindar apoyo a la familia.

23. ¿Qué intervenciones de enfermería influyen en la calidad de los cuidados paliativos?

- a). Buena comunicación, monitorización constante de signos vitales y alivio del dolor.
- b). Control adecuado de los síntomas, alivio del sufrimiento y buena comunicación.
- c). Administración adecuada de medicamentos teniendo en cuenta los 13 correctos.

24. ¿En qué consiste la planificación de los cuidados paliativos?

- a). La identificación de intervenciones y establecimientos de resultados esperados.
- b). La evaluación de las intervenciones realizadas.
- c). La ejecución de todos los cuidados planeados.

25. ¿Qué intervenciones de enfermería mejoran la efectividad en el control de los síntomas de los pacientes que reciben cuidados paliativos?

- a). Una valoración individualizada y, si fuera posible, el tratamiento de la etiología o mecanismo subyacente a cada síntoma.
- b). Una evaluación de los tratamientos farmacológicos disponibles.
- c). Una valoración individualizada del paciente y evaluación del tratamiento no farmacológico.

26. ¿Cuáles son las medidas de apoyo alternativas, que contribuyen a que el paciente de cuidado paliativo, se adapte mejor a su enfermedad y mantenga un adecuado control los síntomas?

- a). Enseñar Técnicas de relajación.
- b). Proporcionar respaldo, comprensión, y escucha activa.
- c). Realizar intervenciones no farmacológicas que contribuyan a la experiencia del paciente a no tener dolor.

27. ¿Cuál es la clave que influye en enfermería para alcanzar al máximo el confort y bienestar del paciente en cuidado paliativo?

- a). Alivio del sufrimiento.
- b). Acompañamiento continuo.
- c). Realizar constantemente cambios de posición.

28. ¿Qué actividades de enfermería contribuyen a mantener un estado de comodidad en el paciente de cuidado paliativo?

- a). El Control de los síntomas, y monitorización signos vitales.
- b). El Apoyo por parte de los amigos, y visita constante de los familiares.
- c). El alivio del sufrimiento físico, psicológico y el control de los síntomas.

29. ¿Qué acciones minimizan la aparición de reacciones locales en la administración de medicamentos endovenosos en un paciente con cuidados paliativos?

- a). Seleccionar el lugar de punción teniendo en cuenta las características de cada paciente.
- b). Usar mayor dilución, usar el mismo sitio de punción siempre, y disminuirle un poco la dosis para evitar efectos graves.
- c). Tener en cuenta el lugar de punción, diluir de manera adecuada el fármaco, adecuada técnica de administración.

30. ¿Cuáles son las causas por las que se prioriza el cambio del sitio de punción en un paciente?

- a). Hematomas, eritemas, e infección.
- b). Trombosis, vasoconstricción y calor local.
- c). Enrojecimiento, incomodidad del paciente y hematomas.

31. ¿Cómo se denomina la movilización que se emplea en un paciente, con el fin de facilitar la exploración, su tratamiento, y la prevención de lesiones consecutivas a la inmovilidad?

- a). Cambio corporal activo del paciente.
- b). Cambio de posiciones corporal.
- c). Cambio corporal pasivo del paciente.

Dimensión 3: Experiencia Dignidad y Respeto

32. ¿Son considerados los Promotores de la humanización de los cuidados al final de la vida?

- a). Cuidados terminales.
- b). Cuidados Paliativos.
- c). Cuidados en situación de últimos días.

33. ¿Cuál es la finalidad del documento de voluntad anticipada?

- a). Garantizar el respeto pleno a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- b). Expresar la voluntad de las personas con respecto al tratamiento de su salud cuando, no estén en condiciones de tomar decisiones.
- c). Asegurar y respetar la voluntad del paciente, darle trato humano al paciente en todo momento y garantizar una calidad de vida digna de principio a fin.

34. ¿Cuál es, el elemento en el cual, se plasma el respeto por los derechos y la dignidad de un paciente?

- a). Consentimiento informado.
- b). Documento de voluntad anticipada.
- c). Testamento Vital.

35. ¿Cuáles son las posibles situaciones que podrían requerir un consentimiento informado en cuidados paliativos?

- a). Para aceptar o negar la ejecución de un tratamiento.
- b). Cuando se quiere tomar una decisión terapéutica.
- c). Para realizar intervenciones, e iniciar tratamiento, y tomar decisiones.

36. ¿Cuál es el eje fundamental en la relación terapéutica enfermero-paciente en los cuidados paliativos?

- a). Buena comunicación.
- b). Apoyo emocional.
- c). Apoyo psicosocial.

37. ¿Qué barreras condicionan la comunicación efectiva de malas noticias en el profesional de enfermería?

- a). El déficit de habilidades para valorar las necesidades de información y para facilitar la participación del paciente y de sus familiares en la toma de decisiones.
- b). La capacidad de adaptación de los pacientes y de sus familiares a las nuevas situaciones, la asimilación de la enfermedad y la consideración de las diferentes opciones.
- c). El inadecuado intercambio de información que implique el cuidado de los pacientes y la adherencia a los tratamientos.

38. ¿Cuáles aspectos considera usted claves a la hora de informar a un paciente sobre su situación de salud?

- a). Que la verdad sea expresada solo al paciente.
- b). Que lo haga un médico y no una enfermera.
- c). Que exista congruencia informativa, y decir siempre la verdad.

39. ¿Cuál es la norma que en Colombia, le permite a los pacientes tener acceso al cuidado paliativo, en todos los niveles de atención?

a). La resolución 1051 de 2016 establece los mecanismos para que la voluntad anticipada tenga validez legal y sea respetada por los más cercanos y por el equipo de salud del paciente, en caso de que tome la decisión.

b). Ley 1733 de 2014 "Ley Consuelo Devis Saavedra, para el manejo integral de pacientes con alto impacto en la calidad de vida.

c). Ley 1751 de 2015 consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección.

40. ¿Qué derechos del paciente se protegen en la normativa que establece el cuidado paliativo para Colombia?

a). Derecho a una segunda opinión, información, y firma de voluntad anticipada.

b). Derecho a la igualdad, respeto y participación de forma activa en el proceso de atención.

c). Derecho a la voluntad anticipada, autonomía y justicia.

41. ¿Cuáles son los principios éticos en los cuidados paliativos?

a). No maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

b). Respeto, dignidad, sinceridad y autonomía.

c). Principio de no abandono, prevención y veracidad.

Dimensión 4: Estado de Tranquilidad (Estar en Paz)

42. ¿Cómo puede Enfermería proporcionar apoyo espiritual a un paciente con cuidados paliativos?

- a). Atender al paciente teniendo en cuenta sus necesidades y creencias espirituales.
- b). Ofrecer sesiones de educación que puedan mejorar la adaptación y el conocimiento, asociadas al mejoramiento de la calidad de vida.
- c). Ofrecer ayuda como parte integral de los cuidados en dicho ámbito, enfocados en los principios de comunicación efectiva.

43. ¿Qué cuestionamientos debe plantear enfermería al momento de valorar y explorar las necesidades espirituales de un paciente con cuidados paliativos?

- a). ¿Eres cristiano o evangélico?, ¿Cada cuánto asistes a la iglesia?, y ¿Qué intervenciones le impide realizar tu religión a enfermería?
- b). ¿Practicas alguna fe?, ¿Cuál fe practicas?, y ¿Qué papel juegan tus creencias en el cuidado de tu salud?
- c). ¿Asistes frecuentemente a la iglesia?, ¿Cuándo tienes problemas de salud a quien acudes?, y ¿Qué religión profesas?

44. ¿Cuál es el mayor reto espiritual que tiene enfermería en la atención de un paciente con cuidados paliativos?

- a). Ayudar al enfermo a encontrar la paz.
- b). Ayudarlo a que cree un vínculo con Dios.

c). Ayudar al paciente para que esté tranquilo.

45. ¿Cuál es la mejor forma en enfermería, de proporcionar apoyo espiritual a un paciente de cuidado paliativo?

a). Expresar simpatía con los sentimientos del paciente, estar dispuesto a escucharlo, remitir a un asesor espiritual según elección del paciente.

b). Dar esperanzas, permitirle visitas constantes de familiares y amigos, suplir todas sus necesidades físicas.

c). Mejorar la calidad de vida del paciente, y ayudarlo a tomar una decisión sobre la religión que debe profesar.

46. ¿Qué cambios emocionales experimenta un paciente con cuidados paliativos?

a). Tristeza, irritabilidad, culpa, sentimiento de pérdida y aceptación.

b). Trato digno, atención humanizada, depresión, aceptación y negación.

c). Negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

47. ¿Qué intervenciones de apoyo emocional puede brindar enfermería a un paciente con cuidados paliativos?

a). Explorar al paciente, y brindarle cariño.

b). Tocar y abrazar al paciente si se puede.

c). Proporcionar ayuda, explorar al paciente e identificar sus necesidades.

48. ¿Qué intervenciones de apoyo psicológico puede brindar enfermería a un paciente con cuidados paliativos?

a). La escucha activa y disposición empática en un marco de contención y soporte.

b). La identificación precoz, correcta valoración, y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

c). La seguridad de que todas sus necesidades de cuidado físico, emocional, espiritual y social, están siendo atendidas.

49. ¿Qué parámetros son claves para evaluar el ámbito psicosocial de un paciente con cuidados paliativos?

a). Las creencias del paciente, estilo de vida, recursos socioeconómicos y relaciones familiares.

b). Las fuentes de estrés, recursos espirituales, Circunstancias económicas, y relación terapéutica médico-paciente.

c). Los aspectos relativos al Momento vital, red de recursos sociales, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, y las relaciones.

50. ¿Cuáles son, acciones de enfermería para brindar apoyo psicosocial a la familia del paciente en cuidado paliativo?

- a). Brindar la oportunidad de expresar sus necesidades de información.
- b). Atender sus necesidades de espiritualidad.
- c). Ofrecer un soporte espiritual y psicológico básico.

51. ¿A quién o quiénes va dirigida la atención de enfermería en la prestación de servicios de cuidados paliativos?

- a). Solo el paciente.
- b). Paciente y su familia.
- c). Familia, paciente y, allegados.

Dimensión 5: Proximidad de los Allegados

52. ¿Por qué se considera importante en enfermería, incluir a la familia en los cuidados paliativos?

- a). La familia es un pilar indispensable para la administración de los cuidados paliativos adecuados, sin su apoyo sería imposible una correcta atención.
- b). El apoyo de la familia en el cuidado, facilita el proceso de duelo posterior y recopila datos de valoración clínica de la situación real del paciente.
- c). La familia proporciona estrategias de mantenimiento de la salud física, emocional y social del paciente.

53. ¿Qué beneficios recibe la familia cuando apoya y asiste en los cuidados paliativos del paciente?

- a). Confronta miedos, obtiene información sobre el paciente y formación en educación enfermera.
- b). Reduce la sensación de culpabilidad y facilita el proceso de duelo posterior.
- c). Asegura que al paciente se le brinden los mejores cuidados, y satisfacción con el rol del cuidador principal.

54. ¿Cuáles son los aspectos que debe tener en cuenta el profesional de enfermería, al incluir al familiar del paciente en las intervenciones del cuidado paliativo?

- a). Los conocimientos que tiene sobre el enfermo y su evolución, así como los sentimientos y la carga psicológica que tiene el diagnóstico sobre el cuidador.
- b). El grado de apoyo psicológico y físico que le puede proporcionar al paciente así como también la empatía en la comunicación con el mismo.
- c). El nivel de conocimientos que tiene sobre el paciente, la aceptación del rol y, la correcta comunicación con el enfermo.

55. ¿Cuáles son los efectos negativos para el familiar del paciente de cuidado paliativo, cuando asume el rol de cuidador principal y, apoya las intervenciones de cuidado de manera permanente?

- a). El aislamiento social y, disminución de actividades y rutinas habituales.
- b). Riesgo de cansancio del rol del cuidador y, abandono del mismo.

c). Alteración en la ejecución del rol y, factores estresantes que generan una enfermedad en el cuidador.

56. ¿Cuál sería la forma de involucrar a la familia en las acciones de cuidado paliativo en el contexto del hogar?

a). Incorporándolos en entrevistas sobre su tratamiento y cuidado cuando sea posible, siempre y cuando el paciente este de acuerdo.

b). Haciendo participe al familiar de actividades individuales que requieren de alto grado de efectividad.

c). Permitiendo la estadía permanente del familiar con el enfermo independientemente de su situación de salud.

57. Respecto a los cuidadores del paciente en cuidado paliativo, ¿cuál es la característica de la denominada sobrecarga afectiva?

a). Conspiración del silencio.

b). Miedos familiares más comunes.

c). Claudicación familiar.

58. ¿Cuál acción se considera de apoyo psicosocial dirigida a la familia del paciente en cuidado paliativo?

a). Ofrecer la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información.

b). Identificar a los cuidadores más vulnerables o deprimidos y evaluar su soporte emocional.

c). Planificación de servicios centrados en las necesidades del cuidador, a fin de identificar y evaluar su estado emocional y físico.

59. ¿Cuál es el factor clave o criterio principal de enfermería para brindar apoyo a la familia durante el proceso de duelo?

a). La familia y el paciente constituyen el binomio objeto de atención en los cuidados paliativos.

b). La familia puede presentar alteraciones que repercuten en su capacidad de adaptación.

c). La atención al paciente con enfermedad en fase terminal no finaliza hasta que sus familiares hayan superado el duelo.

60. ¿Cuáles son los tipos de duelo que puede desarrollar la familia de un paciente en cuidado paliativo?

a). Duelo anticipado, patológico, inhibido, distorsionado, desautorizado y, duelo retardado.

b). Duelo negado, aceptado y, duelo reprimido.

c). Duelo negociado, depresivo, anticipado, claudicado, negado, y duelo desautorizado.

61. ¿Cuáles son las etapas del duelo por las que puede atravesar la familia de un paciente en cuidado paliativo?

- a). Ira, Cólera, depresión, negación y, aceptación.
- b). Negación, negociación, cólera, depresión y, aceptación.
- c). Depresión, distorsión, negación, claudicación y, aceptación.

Anexo 5. Evidencias de procesamiento de los datos

Figura 2. Validación de Contenido

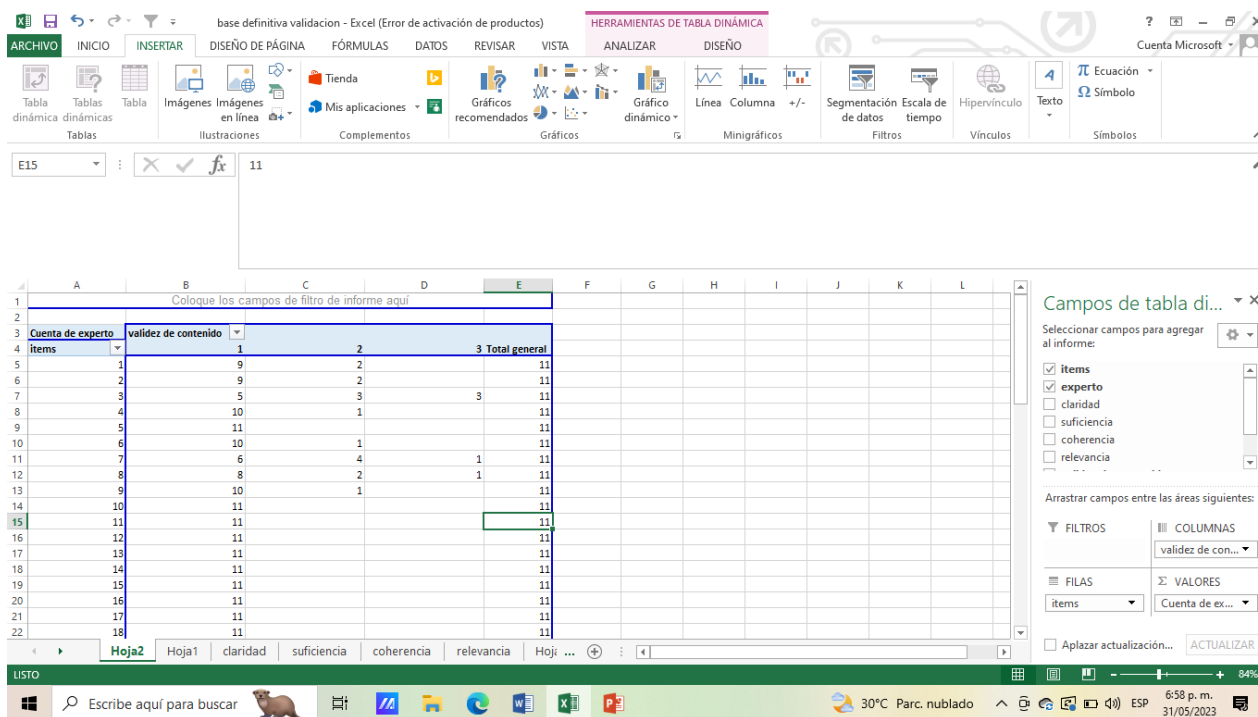


Figura 3. Consolidados de Validación

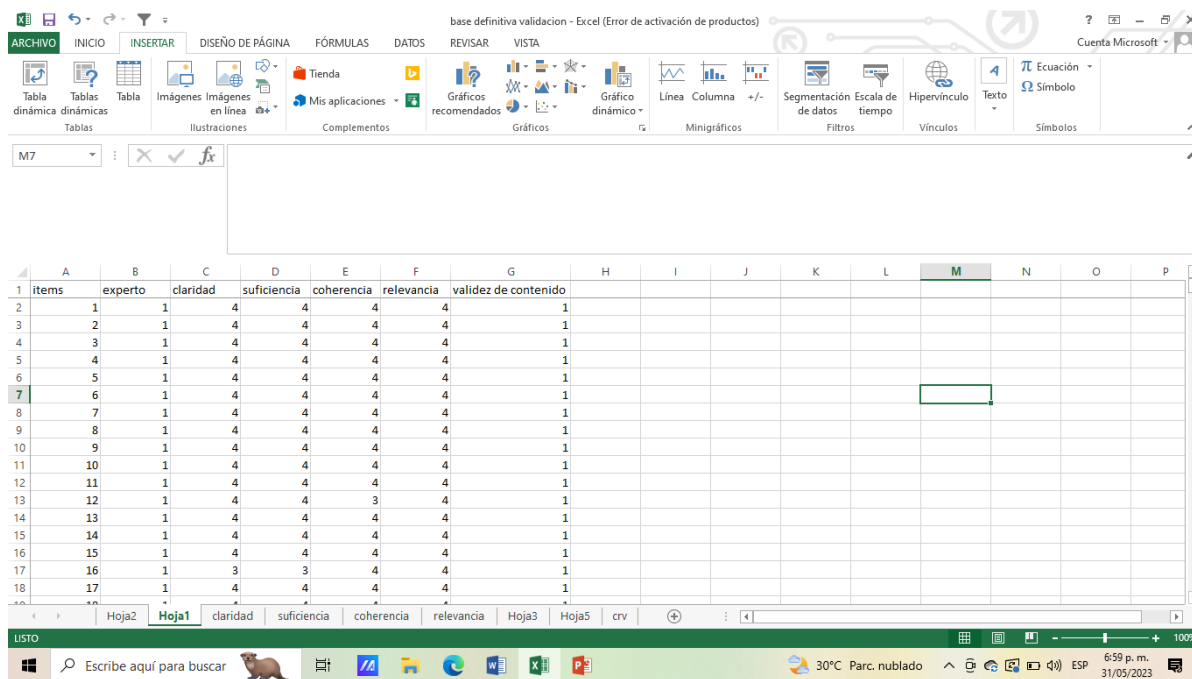


Figura 4. Índice Kappa de Fleiss-Claridad

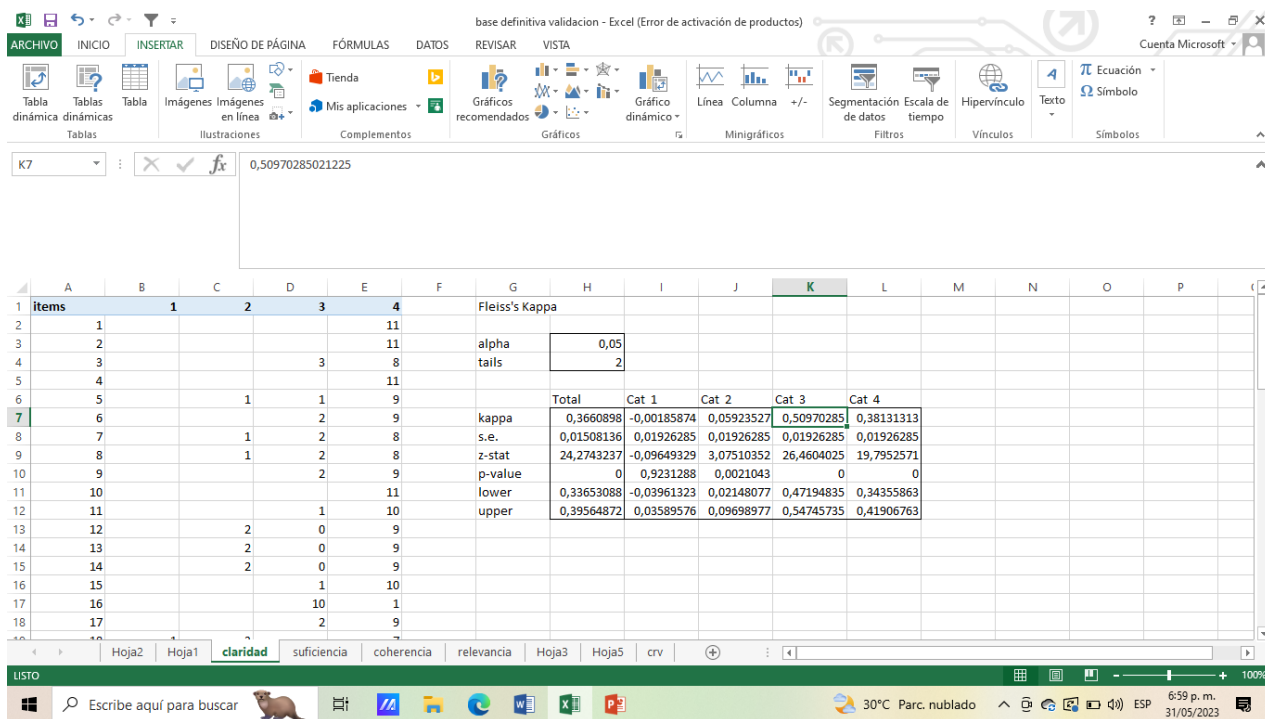


Figura 5. Índice Kappa de Fleiss-Suficiencia

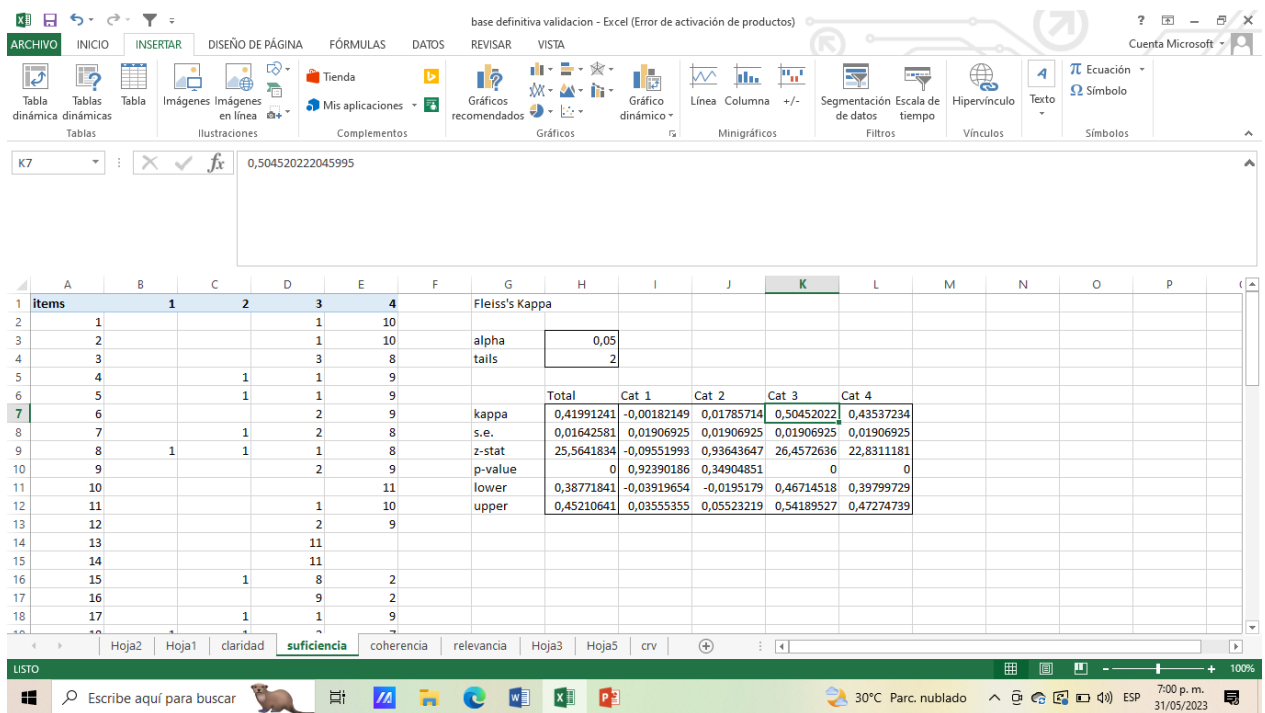


Figura 6. Índice Kappa de Fleiss-Coherencia

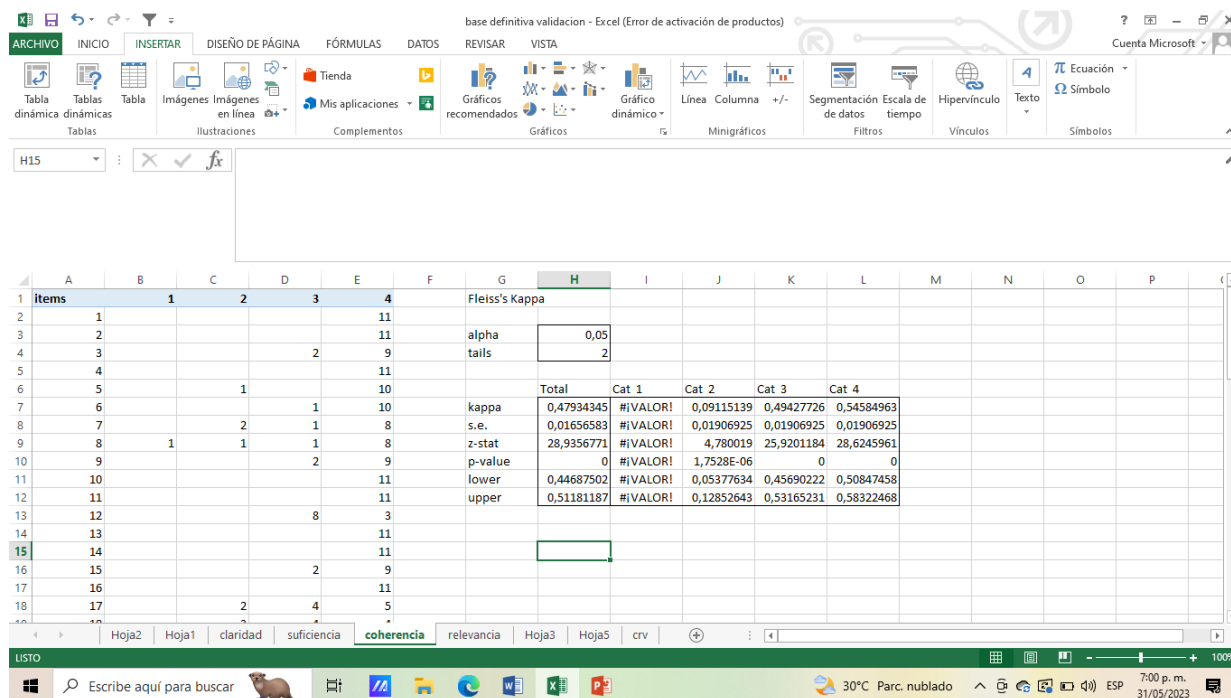
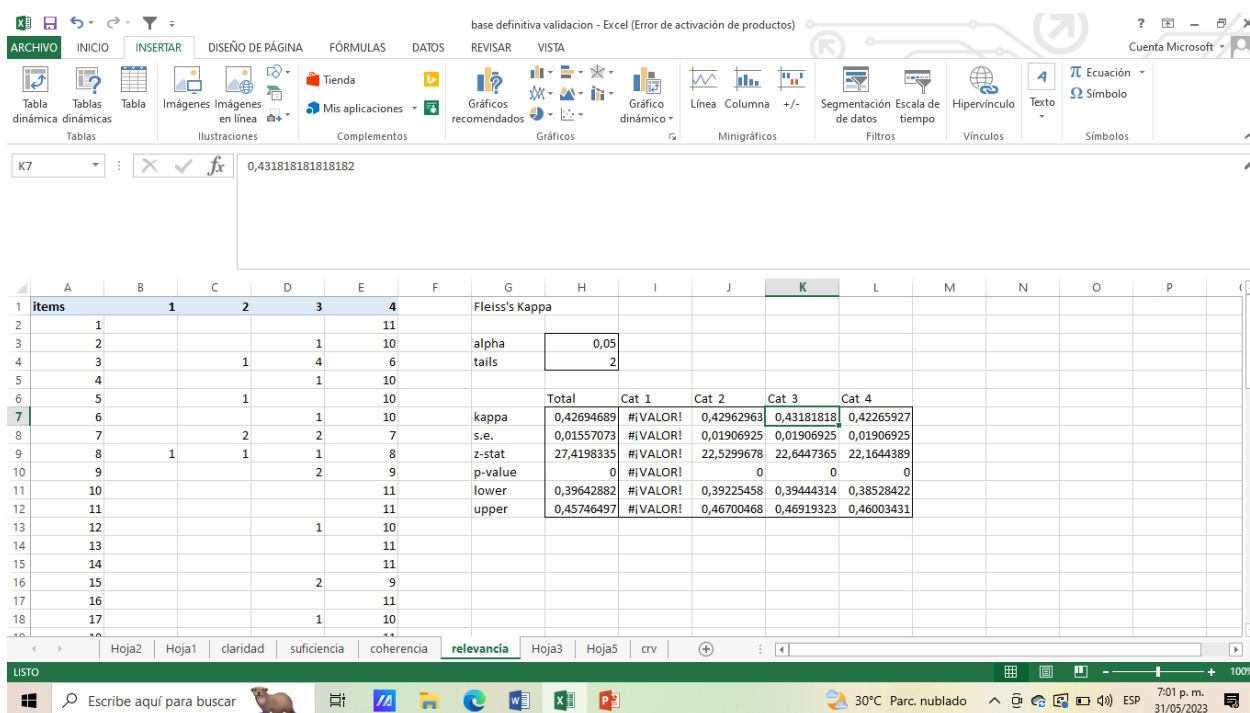


Figura 7. Índice Kappa de Fleiss-Relevancia



Anexo 7. Presupuesto

TIPO DE RECURSO: RECURSOS HUMANOS				
Función	Horas dedicadas	Valor unitario		Valor total
Directora metodológica	112	\$30.000		\$3,360,000
Investigador	200	2.500		\$500,000
Nueve expertos evaluadores	2hras por Cada evaluador	\$20.000 la hra de cada evaluador		\$360.000
Total	330	\$210.000		\$4,220,000
TIPO DE RECURSO: RECURSOS MATERIALES				
Recurso	Cantidad	Hora	Valor unitario	Valor total
Internet	1	200	\$1,500	\$300,000
Computador	2		\$1,500,000	\$3,000,000
Memoria USB	1		\$25,000	\$25,000
Total	4	200	\$1,526,500	\$3,325,000
Total global: Recursos Humanos y Recursos Materiales				\$7,545,000