



ORIGINAL

Validación de un cuestionario que mide las percepciones del rol del profesional de enfermería comunitaria en Perú



Evelyn M. Mamani-Vilca^a, Isabel P. Pelayo-Luis^a, Anali Terrones Guevara^a,
Janett V. Chávez Sosa^{a,b}, Renzo Felipe Carranza-Esteban^c
y Salomón Huancahuire-Vega^{b,*}

^a Escuela de Enfermería, Universidad Peruana Unión (UPEU), Lima, Perú

^b Grupo de Investigación P53, Escuela de Medicina Humana, Universidad Peruana Unión (UPEU), Lima, Perú

^c Facultad de Humanidades, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú

Recibido el 4 de junio de 2021; aceptado el 6 de septiembre de 2021

PALABRAS CLAVE

Enfermería en salud comunitaria;
Educación;
Visita domiciliaria;
Atención primaria de salud (DeCS)

Resumen

Objetivo: Elaborar una escala válida y fiable para medir el rol del profesional de enfermería en la comunidad (REFCO).

Diseño: Estudio observacional con diseño transversal de tipo instrumental.

Emplazamiento: Centros poblados y comunidades de la Costa, Sierra y Selva del Perú.

Participantes: La fase de validación del cuestionario contó con la participación voluntaria de 402 adultos peruanos (50,7% de la costa, 40,5% de la sierra y 8,8% de la selva).

Intervenciones: Se aplicó el cuestionario elaborado que mide las percepciones sobre la escala REFCO.

Mediciones principales: Se analizaron las propiedades psicométricas de la escala REFCO, tales como la validación de contenido y consistencia interna a través del cálculo de V de Aiken, análisis factorial exploratorio (AFE) y posteriormente análisis factorial confirmatorio (AFC), respectivamente. Finalmente, se calculó la confiabilidad de la escala.

Resultados: Todos los valores fueron estadísticamente significativos cuando se evaluaron con el coeficiente de V-Aiken. Asimismo, los valores de asimetría y curtosis de todos los ítems del instrumento no exceden el rango $> \pm 1,5$. Las correlaciones entre el factor 1 y 2 fueron significativas ($p < ,05$). La confiabilidad de la escala presenta un coeficiente α de Cronbach = 0,865.

Conclusiones: La escala REFCO posee nueve ítems y dos dimensiones, salida al campo y educación, con validez de contenido y constructo que proporcionan evidencia para categorías de enfermería comunitaria, siendo útil para medir la labor de la misma en el campo comunitario.

© 2021 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salomonhuancahuire@upeu.edu.pe (S. Huancahuire-Vega).

KEYWORDS

Community health nursing;
Education;
House calls;
Public health (MeSH)

Validation of a questionnaire that measures perceptions of the role of community nursing professionals in Peru

Abstract

Objective: To develop a valid and reliable scale to measure the role of the nursing professional in the community (REFCO).

Design: Observational with cross-sectional and instrumental design.

Site: Populated centers and communities of the coast, highlands and jungle from Peru.

Participants: The validation phase of the questionnaire had the voluntary participation of 402 Peruvian adults (50.7% from the coast, 40.5% from the highlands and 8.8% from the jungle).

Interventions: The elaborated questionnaire that measures perceptions about the role of the nursing professional in the community was applied.

Main measurements: The psychometric properties of the REFCO scale were analyzed, such as content validation and internal consistency through the calculation of Aiken's V, exploratory factor analysis (EFA) and later confirmatory factor analysis (CFA), respectively. Finally, the reliability of the scale was calculated.

Results: Overall, all values were statistically significant when evaluated with the V-Aiken coefficient. Likewise, the skewness and kurtosis values of all the items of the instrument did not exceed the range $>\pm 1.5$. The correlations between factors 1 and 2 were significant ($p < .05$). The reliability of the scale presents a Cronbach's α coefficient = 0.865.

Conclusions: The REFCO scale has 9 items and 2 dimensions; outreach and education; with content and construct validity that provide evidence for community nursing categories, which is useful for measuring nursing work in the community field.

© 2021 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En los últimos años se han observado cambios sustanciales tanto en el ámbito social, económico y demográfico como en los patrones de enfermedades crónicas e infecciosas, esto debido al crecimiento exponencial que viene experimentando la población mundial y que ha hecho necesario una reforma de los sistemas de salud convencional¹. La prestación de servicios de salud fuera de los centros hospitalarios es necesario para gestionar estos complejos fenómenos. Por lo que la enfermería comunitaria es un servicio global fundamental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermería comunitaria como un servicio que «combina las habilidades de la enfermería, la salud pública y algunas fases de la asistencia social y funciona como parte del programa de salud pública total para la promoción de la salud, la mejora de las condiciones en el ámbito social y físico, medio ambiente, rehabilitación de enfermedad y discapacidad»^{2,3}.

El profesional de enfermería que ejerce en el contexto comunitario brinda atención que mejora directamente los resultados de salud de los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones⁴. Esto puede atribuirse a la ética de la enfermería comunitaria, donde el trabajo se basa en los principios de justicia social, atención integral, equidad, ética, desarrollo de capacidades y empoderamiento de la comunidad, y acción sobre los determinantes intersectoriales de la salud⁵. Los tipos de intervenciones que brindan las enfermeras comunitarias son extensos y pueden incluir visitas domiciliarias para el cuidado del recién nacido y la familia, clases escolares sobre el tema de la salud sexual, cuidado de heridas, intervenciones que

abordan la prevención del abuso de ancianos y defensa de iniciativas de salud y bienestar⁶.

La literatura publicada hasta el momento, resalta la importancia de la labor de la enfermera comunitaria como un factor positivo para la intervención de los determinantes sociales de la salud, el empoderamiento de las personas, el control y prevención de enfermedades⁷. Asimismo, los pobladores dan más valor al aspecto humano de la enfermera comunitaria y resaltan el rol autónomo del cuidado que brindan⁸. Sin embargo, aún existe un amplio desconocimiento sobre las funciones de las enfermeras comunitarias⁹.

Adicionalmente las enfermeras son la base de cualquier programa de salud social exitoso y son fundamentales para implementar cualquier plan de salud universal financiado por el sector público o privado¹⁰. Sin embargo, a diferencia de otras profesiones, la evidencia de estos logros no siempre ha sido bien documentada o estudiada. Una revisión reciente de la intervención de la enfermera en comunidades vulnerables encontró que, de 64 estudios revisados, la mitad fueron ensayos clínicos aleatorizados que abordaban temas de educación para la salud, cambio de comportamiento y detección de enfermedades; a pesar de ello, el 31% no proporcionó ninguna información sobre la psicometría de las medidas o herramientas utilizadas, ocasionando que el rigor del estudio fuera de calidad moderada¹¹.

En la revisión de la literatura, se han encontrado instrumentos que miden el rol de la enfermera especialista en cuidados paliativos comunitarios¹², un cuestionario que permite evaluar la enfermería de atención primaria de salud basado en el Índice de Trabajo de Enfermería en Atención Primaria de Salud¹³ y uno que permite evaluar las

necesidades de aprendizaje de las enfermeras de salud comunitaria¹⁴. A pesar de ello, no se encontró uno que mida netamente el rol de la enfermera en la comunidad de forma global.

El objetivo de este trabajo es desarrollar la escala que mide la percepción de los pobladores sobre el rol del profesional de enfermería en la comunidad (REFCO), determinar su validez interna y confiabilidad.

Métodos

El estudio fue desarrollado en tres fases: Elaboración de ítems y construcción del instrumento, prueba del prototipo y validez interna y confiabilidad. Previamente el proyecto obtuvo la aprobación del comité de ética de la Universidad Peruana Unión (Número 2020-CE-FCS - UPEU-00194).

La técnica del «*focusgroup*» fue empleada para la elaboración de ítems de la escala. Se contó con la participación de siete enfermeras del área comunitaria de distintas regiones del Perú. Los criterios para seleccionar las enfermeras fueron: que laboren en el primer nivel de atención mínimamente cinco años, en las regiones Costa, Sierra o Selva y que manejen estrategias sanitarias de salud del primer nivel de atención. La sesión duró 1 hora y media, se llevó a cabo en la plataforma Zoom, y fue grabada previo consentimiento de los invitados. Para evitar introducir sesgos del entrevistador, el moderador fue una enfermera que no se desenvolvía en el área comunitaria. El guion de la entrevista se basó en las siguientes preguntas: ¿Cuál cree que es el rol que desempeña la enfermera en la comunidad? ¿Cuáles son las principales actividades que realiza en la comunidad? ¿Trabaja en equipo con los representantes de la comunidad para poder implementar programas de salud? ¿Siente que la comunidad reconoce su trabajo? ¿Cuáles son las cualidades que debe poseer una enfermera que trabaja en la comunidad?

Seguidamente se procedió a la transcripción fiel de los discursos y se realizó el análisis de contenido temático para entender con más claridad la realidad a partir de la información obtenida¹⁵. Se identificaron tres categorías: salida al campo, educación y visita domiciliaria. Para la construcción del instrumento prototipo se utilizó de referencia la ley del trabajo del profesional de enfermería N°27669¹⁶ en la que se especifica sus funciones en la comunidad. El primer prototipo del instrumento quedó conformado por 21 ítems divididos en tres dimensiones, tal como se muestra en el apéndice 1.

Para la prueba del prototipo (segunda fase) fueron elegidos, mediante muestreo intencional, diez pobladores de la costa y diez de la sierra. Previo a la firma del consentimiento informado, los sujetos fueron orientados sobre el propósito del instrumento y su utilización. Se les consultó sobre la claridad, relevancia y simplicidad del instrumento prototipo. De acuerdo con las observaciones hechas se eliminaron las preguntas 2, 3, 4 y 6 debido a que los pobladores no entendían las alternativas de respuesta y no estaban familiarizados con el término «agente comunitario». Además, muchos pobladores hicieron la observación de que las preguntas con condición limitaban sus respuestas y que muchas de ellas no tenían alternativas que les permitiera marcar una

respuesta, como fue el caso de la pregunta 6, 8-12 y 14-20. Asimismo, se observó que debido a ello algunas preguntas quedaron sin responder.

Se realizó un segundo grupo focal donde se decidió unir las dimensiones salida al campo y visita domiciliaria, ya que de acuerdo con la literatura la visita domiciliaria se encuentra incluida dentro de la labor extramural que realiza la enfermera de la comunidad, también se optó por cambiar las alternativas de respuesta a escala de Likert: siempre, a veces y nunca. Además, se eliminaron las preguntas con condiciones, para un mejor procesamiento estadístico. El segundo prototipo del instrumento quedó conformado por 13 ítems tal como se muestra en el apéndice 2.

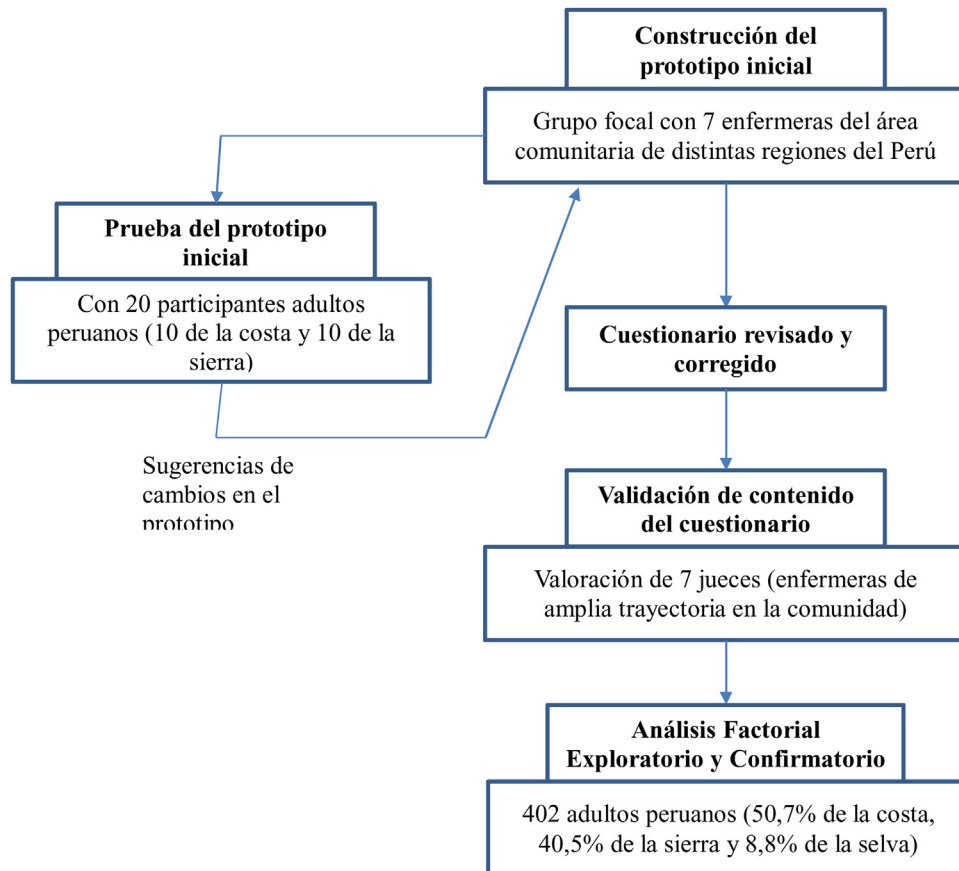
Para la fase 3 se verificó la validez de contenido mediante la valoración de siete jueces, (enfermeras con estudio de posgrado relacionados a la salud comunitaria, que laboren en el primer nivel de atención por lo menos 10 años y realicen docencia en salud comunitaria ya sea en pre o posgrado. Además, que hayan trabajado o trabajen en ONGs haciendo proyectos sociales y manejen estrategias sanitarias de salud del primer nivel de atención). Los aspectos evaluados para cada ítem fueron: claridad, coherencia, relevancia y suficiencia, con alternativas de sí (1) y no (0) y se calculó el valor de la V de Aiken para ver la concordancia entre jueces obteniendo un valor de 0,96 (apéndice 3).

Finalmente se realizaron el AFE y AFC con la participación voluntaria de 402 adultos peruanos. Los criterios de inclusión de estos participantes fueron: pobladores peruanos entre 18 y 59 años, procedentes de comunidades de la Costa, Sierra y Selva que acepten participar del estudio. Los datos sociodemográficos fueron: mujeres (66,7%), varones (33,3%) con una edad promedio de $36,03 \pm 11,28$ años y procedentes de las diferentes regiones del Perú (50,7% de la Costa, 40,5% de la Sierra y 8,8% de la Selva). La mayoría tuvo un grado de instrucción de secundaria completa (33,1%), estado civil casado (36,8%) y un ingreso económico mensual menor a 930 soles (37,1%). Fueron excluidos pobladores extranjeros, menores de edad, adultos mayores, aquellos que no aceptaron participar del estudio y aquellos que rehusaron participar: debido a que no reconocían quién era el personal de enfermería.

Análisis de datos

El análisis descriptivo y el AFE se ejecutó a través del programa FACTOR Analysis versión 10,1. Se analizó la media, desviación estándar, asimetría y curtosis de los trece ítems de la escala inicial. Respecto al coeficiente de asimetría y curtosis se tuvo en cuenta el valor $> \pm 1,5$ ¹⁷. Para el AFE se consideró el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de Bartlett. El análisis paralelo sugirió la existencia de dos factores, así mismo, el método de estimación fue mínimos cuadrados no ponderado con rotación promin¹⁸.

Para el AFC se utilizó el programa estadístico AMOS versión 21 considerando el modelamiento de ecuaciones estructurales (SEM), se analizó el índice de bondad de ajuste (GFI), el índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI), el índice de Tucker-Lewis Index (TLI), el índice de ajuste comparativo (CFI). También, se tuvo en cuenta los parámetros para el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)



Esquema general del estudio.

y el índice de error de cuadrático medio (RMR), siguiendo los criterios señalan que el GFI, AGFI, TLI y CFI debieran ser superior a 0,9 y el RMSEA menor a 0,08. Finalmente, se calculó la confiabilidad de la escala a través del programa estadístico SPSS versión 24,0 y sus respectivos intervalos de confianza¹⁹.

Resultados

Análisis preliminar de los ítems

La [tabla 1](#) muestra los estadísticos descriptivos de los trece ítems de la escala inicial REFCO. Se observa que el ítem 3 tiene el mayor puntaje promedio ($M = 1,74$) y el ítem 8 el más bajo ($M = 0,679$). Respecto a la variabilidad, el ítem 12 muestra la mayor dispersión ($DE = 0,676$). Los valores de asimetría y curtosis de todos los ítems del instrumento no exceden el rango $> \pm 1,5^{17}$. Por otro lado, se aprecia que el ítem 1, 2 y 3 presentan comunalidades inferiores a 0,30 por lo que no se consideran en el AFE.

Análisis Factorial Exploratorio

Se realizó un AFE previo cálculo del índice Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,863$) y el test de Bartlett ($1.324,2$; $gl = 45$; $p = 0,000$), los cuales fueron buenos. La determinación de factores se indicó la existencia de 2 factores. La solución

Tabla 1 Análisis preliminar de los ítems de la escala REFCO

Variable	M	DS	A	K	h
Ítem 1	1,475	0,533	-0,246	-1,203	0,276
Ítem 2	1,127	0,548	0,065	0,137	0,178
Ítem 3	1,746	0,468	-1,500	1,410	0,159
Ítem 4	1,077	0,566	0,015	0,072	0,371
Ítem 5	1,187	0,567	0,003	-0,205	0,366
Ítem 6	0,978	0,628	0,017	-0,464	0,522
Ítem 7	1,050	0,640	-0,044	-0,565	0,529
Ítem 8	0,679	0,618	0,340	-0,658	0,456
Ítem 9	1,241	0,572	-0,052	-0,407	0,325
Ítem 10	1,343	0,616	-0,378	-0,662	0,424
Ítem 11	1,045	0,584	-0,006	-0,079	0,468
Ítem 12	1,075	0,676	-0,091	-0,813	0,627
Ítem 13	0,721	0,640	0,327	-0,697	0,385

M: Media; DE: Desviación estándar; As: Coeficiente de asimetría; K: Coeficiente de curtosis; h: Comunalidades.

rotada de los trece ítems explica el 55,73% de la varianza total explicada. El Factor 1 (Salida al campo) explica 42,51% de la varianza y se conforma con los ítems 1, 2, 3, 4, 5, con saturaciones mayores a 0,50 y el Factor 2 (Educación) aporta el 13,21% de la varianza y está conformado por los ítems 6, 7, 8, 9, con saturaciones mayores a 0,40 ([tabla 2](#)).

Tabla 2 Análisis factorial exploratorio de la escala REFCO

Ítems	F1	F2
1. ¿Alguna vez usted ha observado al profesional de enfermería participar en la formación de escenarios saludables (en la familia, escuelas, municipios, etc.) en la comunidad?	0,613	
2. ¿Alguna vez usted ha observado al profesional de enfermería participar en programas de salud (vacunación, sesiones educativas en salud, campañas de prevención de ETS, escuelas saludables, etc.) en instituciones educativas de la comunidad?	0,751	
3. ¿Alguna vez usted ha observado al profesional de enfermería participar en actividades de seguimiento, control y vigilancia al individuo, familia y comunidad?	0,832	
4. ¿Alguna vez usted ha observado al profesional de enfermería visitar los hogares de los miembros de su comunidad/barrio?	0,555	
5. ¿Alguna vez usted ha observado al profesional de enfermería gestionar proyectos de desarrollo en salud (canastas familiares, presupuesto participativo) en beneficio de su comunidad?	0,670	
6. ¿Alguna vez usted ha observado al profesional de enfermería brindar sesiones educativas (charlas), ya sea, en el hogar, centro de salud, colegios, centro laboral, etc.?		0,417
7. ¿Alguna vez usted ha observado al profesional de enfermería emplear medios audiovisuales (rotafolio, trípticos, infografías, videos, etc.) y demostraciones prácticas durante las sesiones educativas?		0,428
8. ¿Alguna vez usted ha observado que el profesional de enfermería brinde sesiones educativas de acuerdo con la necesidad del individuo, familia y comunidad?		0,466
9. ¿Alguna vez usted ha observado que las sesiones educativas brindadas por el profesional de enfermería han generado cambios en el individuo, familia y comunidad?		0,892
10. ¿Alguna vez usted ha observado que el profesional de enfermería capacite y acompañe a los agentes comunitarios de salud (promotores) en su comunidad y/o barrio?		0,786
% de varianza	55,7	
Correlación interfactores		
F1	1	
F2	0,618	1

F1: Salida al campo; F2: Educación.

Análisis Factorial Confirmatorio

La [tabla 3](#) muestra el AFC, el cual se utilizó para verificar la evidencia de validez; basada en la estructura interna de la escala REFCO, los resultados del modelo original mostraron que la bondad de ajuste era deficiente. Por lo que a través de la técnica de modificación de índices se eliminó el ítem 10 quedando un modelo satisfactorio. Los IA muestran que el modelo propuesto es adecuado ($\chi^2 = 93,752$, $df = 26$, $p = 0,001$; $RMR = 0,018$; $GFI = 0,952$; $AGFI = 0,916$; $TLI = 0,915$; $CFI = 0,938$; y $RMSEA = 0,080$). Asimismo, las correlaciones entre el factor 1 y 2 fueron significativas ($p < ,05$). La confiabilidad de la escala se estimó con el coeficiente α de Cronbach = 0,865 (IC 95% = 0,83 – 0,89). En síntesis, el modelo de nueve ítems distribuidos en dos factores es satisfactorio ([figura 1](#)). Estos nueve ítems corresponden a los nueve primeros de la [tabla 2](#).

Discusión

Nuestros resultados proporcionan evidencia empírica preliminar de la validez de la escala REFCO que evalúa las

Tabla 3 Índices de bondad de ajuste de los modelos factoriales de la escala REFCO

Índice de bondad de ajuste	Original (10 ítems)	Modelo 1 (9 ítems)
CMIN	146,519	93,752
DF	34	26
P	0,000	0,001
CMIN/DF	4,309	3,606
RMR	0,022	0,018
GFI	0,934	0,952
AGFI	0,893	0,916
CFI	0,913	0,938
TLI	0,885	0,915
RMSEA	0,091	0,080
A	0,849	0,833
IC α	[0,819; 0,874]	[0,800; 0,861]

GFI: Índice de bondad de ajuste; AGFI: Índice ajustado de bondad de ajuste; TLI: Índice de Tucker-Lewis Index; CFI: Índice de ajuste comparativo; RMSEA: Error cuadrático medio de aproximación; RMR: Índice de error de cuadrático medio.

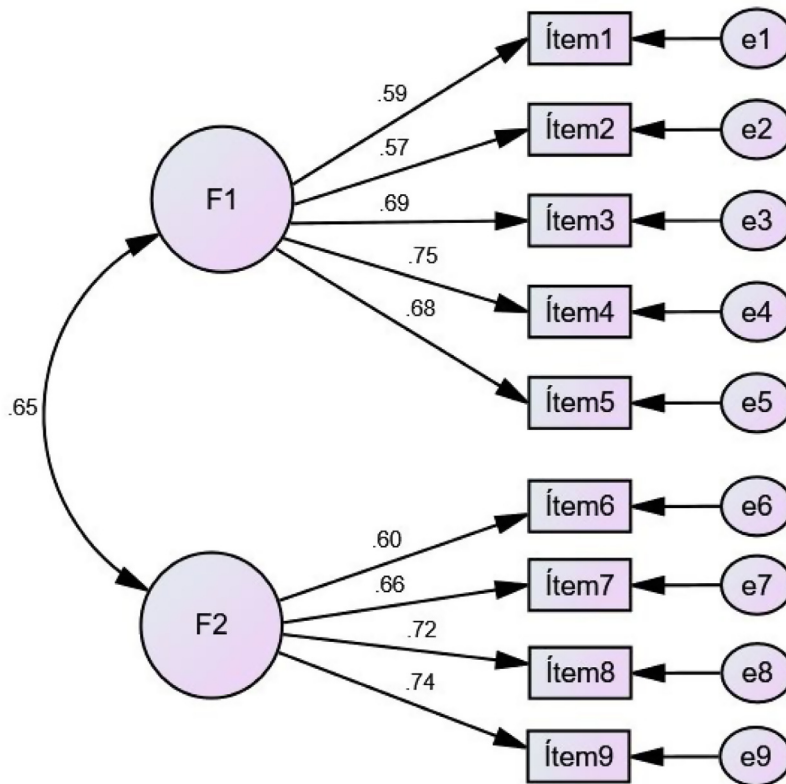


Figura 1 Modelo estructural del análisis factorial confirmatorio de la escala REFCO (9 ítems).
F1: Salida al campo; F2: Educación.
Esquema del estudio.

percepciones de pobladores de comunidades de diversas partes del Perú sobre el rol que cumple el personal de enfermería en la comunidad. Las enfermeras comunitarias son garantía de incremento directo del bienestar individual y comunitario: directamente, a través de la educación destinada a ayudar a mantener la salud, además de brindar los cuidados necesarios para restablecerla e indirectamente promoviendo el respeto a la dignidad humana²⁰. Por tanto, es importante tener un instrumento que permita examinar el trabajo de enfermería en la comunidad. Este permitirá conocer las percepciones de la población y permitirá mejorar el servicio de enfermería entregado.

En la actualidad solo se conocen algunos pocos artículos que describe una escala validada sobre el rol del personal de enfermería en la comunidad, sin embargo, estas herramientas se centran específicamente en cuidados paliativos o atención primaria y puede que solo sean útiles para las necesidades de aprendizaje de las enfermeras de salud comunitaria^{12,13,21}. No se han examinado otros métodos descriptivos para cuantificar las percepciones del papel del enfermero comunitario en busca de pruebas de su validez. Este nuevo instrumento contribuye a la literatura actual proporcionando recursos útiles para evaluar las percepciones de los pobladores sobre el rol del personal de enfermería en la comunidad.

Las tres fases de desarrollo de la escala REFCO siguieron un proceso sistemático usando la metodología recomendada para el diseño de cuestionarios de medición²². Estas fases

tuvieron como objetivo lograr la validez del cuestionario y fueron fundamentales para garantizar que el cuestionario capte las opiniones de los pacientes/pobladores sobre el papel de la enfermera en la comunidad. La fase de elaboración de ítems y construcción del instrumento (REFCO) incluyeron aportes de profesionales expertos que laboran en el campo comunitario y que representaron a las diferentes regiones del país.

La metodología de grupos focales, ampliamente usada en la investigación permitió explorar los conocimientos y experiencias de los profesionales en enfermería con experiencia en un ambiente de interacción²³ ayudó sustancialmente a asegurar que el cuestionario prototipo fuera claro, aceptable, inequívoco y apropiado para su uso con pacientes (pobladores) de la comunidad y que facilitaría la medición global de la calidad de la información/cuidados proporcionados por la enfermera comunitaria. Varias personas comentaron la necesidad de no condicionar las preguntas, se cambiaron las alternativas de respuesta a escala de Likert y se redujo el número de elementos acortando significativamente el instrumento, llegando a un fuerte consenso sobre los elementos relevantes.

Con respecto a la validez basada en contenido, los jueces dieron su opinión la cual fue cuantificada a través del hallazgo V de Aiken de que los ítems son claros, representativos y relevantes para medir la cultura de retroalimentación, este hallazgo es similar a lo reportado en otros instrumentos que siguieron la misma metodología de validez²⁴, lo que nos

permite verificar que hemos recopilado evidencia preliminar adecuada para cumplir con los estándares de fuente de validez de contenido.

Los resultados del análisis factorial indicaron un modelo de dos factores que se ajustaba bien a los datos de la escala REFCO. Los dominios de los factores: salida al campo y educación proporcionan evidencia de constructos para categorías de enfermería comunitaria, lo cual es útil para medir la labor de enfermería en el campo comunitario²⁵ y está en concordancia con la ley del trabajo del profesional de enfermería N° 27669 el cual define las funciones de la enfermera en la comunidad, entre otros¹⁶. Los coeficientes alfa de los factores fueron altos, lo que respalda la confiabilidad de la consistencia interna de este instrumento. El análisis factorial nos permitió acortar a nueve ítems el instrumento final. Estos datos nos permiten verificar que nuestros resultados proporcionan evidencia preliminar de validez de la estructura interna de la escala REFCO. La correlación entre factores de la escala fue de 0,65 según el modelo estructural del análisis factorial confirmatorio, lo que supone una correlación media y podría revelar errores sistemáticos.

La importancia de esta escala debe interpretarse dentro del contexto de que medir la calidad de la atención actual es un factor importante para mejorar la calidad de la atención de los pacientes/pobladores y sus familias. Trabajos recientes describieron que la atención de enfermería perdida, retrasada, completada parcialmente, dejada de hacer está directamente relacionada con una menor satisfacción del paciente, lo que contribuye a que estos se sientan ignorados e insatisfechos²⁶⁻²⁸, lo que podría llevar a una renuencia a recibir los servicios del personal de salud comunitario²⁹. Esto es motivo de preocupación especialmente en las comunidades rurales, donde la renuencia a comprometerse con los servicios de salud puede perjudicar aún más los resultados de salud que ya son deficientes en estas comunidades. El papel que cumple el personal de enfermería comunitario debe prestarse con calidad y se debe verificar que esta sea percibida así por los pacientes/pobladores, pues solo de esta manera se podrá conseguir que la comunidad participe activamente en la ejecución de programas relacionados con la salud y bienestar²⁵.

Limitaciones

La escala ha sido tomada sobre todo en población femenina, esto puede darse debido a que es el género al cual se llega con más accesibilidad ya que las teorías refieren que las mujeres son más influenciadas socialmente y muestran mayor colaboración al momento de responder una encuesta³⁰. Por otro lado, la población de la región selva fue la menos encuestada por la pandemia del Covid-19, la cual dificultó el acceso para llegar a ellos. Por último, no se analizó la validez convergente, discriminante además de análisis de invarianza.

Conclusiones

La escala REFCO posee nueve ítems y dos dimensiones, salida al campo y educación, con validez de contenido y constructo que proporcionan evidencia para categorías de enfermería

comunitaria, lo cual es útil para medir la labor de la misma en el campo comunitario.

Contribuciones de los autores

Janett V Sosa Chávez, Evelyn M. Mamani-Vilca, Isabel P. Pelayo-Luis, Anali Terrones Guevara: Conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión y redacción del informe final. Renzo Felipe Carranza-Esteban: Curación de datos y análisis formal. Salomón Huancahuire-Vega: Metodología, validación, redacción del borrador original, redacción- revisión y edición.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Un marco para la educación de enfermería en salud comunitaria. Oficina Regional para Asia Sudoriental. 2012.
2. WHO. Community health nursing: report of a WHO expert committee. [Consultado 17 Dic 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41121>.
3. WHO. Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. [Consultado 17 Dic 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255047>.
4. Kneipp SM, Kairalla JA, Lutz BJ, Pereira D, Hall AG, Flocks J, et al. Public health nursing case management for women receiving temporary assistance for needy families: A randomized controlled trial using community-based participatory research. *Am J Public Health*. 2011;101:1759-68.
5. Strachan C, José S, La CR, Oficina S (Panamericana S). Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria. *Educación Médica y Salud (OPS)*. 1976;10.
6. Rúa J, Grados J, Chanamé E. Índice de capacidad de trabajo en enfermeras en atención primaria de salud, Lima-Perú. *Av Enferm*. 2020;38:37-45.
7. Abbott LS, Elliott LT. Eliminating Health Disparities through Action on the Social Determinants of Health: A Systematic Review of Home Visiting in the United States, 2005-2015. *Public Health Nurs*. 2017;34:2-30.
8. Ferrer C, Vaquero M, Busquets C. Percepción de los usuarios de la Atención Primaria de Madrid sobre el reconocimiento de su derecho a ejercer libre elección de enfermera. *Tesela*. 2013;13.
9. McKenna H, Keeney S. Community nursing: Health professional and public perceptions. *J Adv Nurs*. 2004;48:17-25.
10. Fooladi MM. The Role of Nurses in Community Awareness and Preventive Health. *Int J community based Nurs midwifery*. 2015;3:328-9.
11. Swider SM, Levin PF, Reising V. Evidence of Public Health Nursing Effectiveness: A Realist Review. *Public Health Nurs*. 2017;34:324-34.
12. Cameron D, Johnston B. Development of a questionnaire to measure the key attributes of the community palliative care specialist nurse role. *Int J Palliat Nurs* [Internet].

- 2015;21:87–95 [Consultado 20 Abril 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25715164/>.
13. Gea Caballero V, Juárez Vela F R, Díaz Herrera M.Á, Már-mol López M.I, Blazquez R.A, Martínez Riera J.R. Development of a short questionnaire based on the Practice Environment Scale-Nursing Work Index in primary health care. *PeerJ* [Internet]. 7 [Consultado 20 Abril 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31380155/>.
 14. Akhtar Danesh N, Valaitis R.K, Schofield R, Underwood J, Martin Misener R, Baumann A. A Questionnaire for Assessing Community Health Nurses' Learning Needs. *West J Nurs Res* [Internet]. [Consultado el 20 Abril 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20702683/>.
 15. Valles MS. Cuadernos metodológicos: Entrevistas cualitativas [Internet]. Centro de investigaciones sociológicas. 2002;32:7–177 [Consultado 17 Dic 2020] Disponible en: <http://investigacion-social-social.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2010/09/4-VALLES-ENTREVISTAS-CUALITATIVAS.pdf>.
 16. Colegio de Enfermeras(os) del Perú. Reglamento de la ley N° 27669 del trabajo de la enfermera(o) [Internet]. Decreto supremo N° 04-2002-SA 2002. [Consultado 17 Dic 2020] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1209_LEG265.pdf.
 17. Pérez ER, Medrano L. Análisis factorial exploratorio?: Bases conceptuales y metodológicas. *Rev Argent Cienc Comport*. 2010;2:58–66.
 18. Seva U, Ferrando P. Factor: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behav Res Methods*. 2006;38:88–91.
 19. Domínguez S, Merino C. ¿Por qué es importante reportar los intervalos de confianza del coeficiente alfa de Cronbach? *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv*. 2015;13:1326–8.
 20. Ma W, Meng X, Wei Y, Li J. Roles and activities of community nurses in China: A descriptive study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2019;27:433–41 [Consultado 20 Abril 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30443947/>.
 21. Reynaga Estrada P, Vázquez EIA, Gáleas ÁMV, Ortega IMJ, Serrano MDLP, Acosta JJM. Beneficios psicológicos de la actividad física en el trabajo de un centro educativo. *Retos*. 2016;2041:203–6.
 22. Waggoner J, Carline JD, Durning SJ. Is there a consensus on consensus methodology? Descriptions and recommendations for future consensus research. *Acad Med* [Internet]. 2016;91:663–8 [Consultado 20 Abril 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26796090/>.
 23. Nyumba TO, Wilson K, Derrick CJ, Mukherjee N. The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods Ecol Evol*. 2018;9:20–32.
 24. Huancahuire Vega S, White M, Campos@da F, Castillo Ariza MD, Carranza Esteban RF, Rodríguez Alarcon JF, et al. Translation into Spanish and validation of feedback in medical education questionnaire (FEEDME-Culture) during clinical rotations. *Educ Medica* [Internet]. 2020 [Consultado 20 Abril 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.09.013>.
 25. Smith S, Lapkin S, Sim J, Halcomb E. Nursing care left undone, practice environment and perceived quality of care in small rural hospitals. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020;28:2166–73 [Consultado 20 Abril 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32034965/>.
 26. Labrague LJ, De los Santos JAA, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, et al. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020;28:2257–65 [Consultado 20 Abril 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31660656/>.
 27. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015;52:1121–37 [Consultado 20 Abril 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25794946/>.
 28. Park SH, Hanchett M, Ma C. Practice Environment Characteristics Associated With Missed Nursing Care. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2018;50:722–30 [Consultado 20 Abril 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30242957/>.
 29. Bruyneel L, Li B, Ausserhofer D, Lesaffre E, Dumitrescu I, Smith HL, et al. Organization of Hospital Nursing, Provision of Nursing Care, and Patient Experiences with Care in Europe. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2015;72:643–64 [Consultado 20 Abril 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26062612/>.
 30. Díaz de Rada V. Problemas de representatividad en las encuestas con muestreos probabilísticos. *Pap Rev Sociol*. 2004;74:45–6.