

Análisis de validez y confiabilidad de la versión adaptada para el portugués del Cuestionario de Sentido de Coherencia de Antonovsky entre profesionales de enfermería

Denise Rodrigues Costa Schmidt¹

Rosana Aparecida Spadoti Dantas²

Estudio metodológico cuyo objetivo fue evaluar la validez de constructo y la confiabilidad de la versión brasileña del Cuestionario de Sentido de Coherencia de Antonovsky entre profesionales de enfermería. Participaron del estudio 211 profesionales que actuaban en los centros quirúrgicos de once hospitales de una ciudad del interior de Paraná, Brasil. La mayoría de los participantes era del sexo femenino (86,7%), con tiempo promedio de actuación de 9,3 (D.E.=8,0) años. La validez de constructo fue evaluada con pruebas de correlación de Pearson entre las medidas del Sentido de Coherencia y de constructos correlacionados, obteniendo correlación inversa y fuerte entre Sentido de Coherencia y ansiedad ($r=-0,53$) y Sentido de Coherencia y depresión ($r=-0,61$). La confiabilidad, evaluada por el alfa de Cronbach, obtuvo valor aceptable de 0,87. La versión adaptada para el portugués del QSCA mantuvo las propiedades psicométricas de la escala original cuando utilizada en profesionales de enfermería.

Descriptores: Enfermería; Validez de las Pruebas; Reproducibilidad de Resultados.

¹ Enfermera, Doctor en Enfermería, Hospital Universitário de Londrina, PR, Brasil. E-mail: denisebeto@terra.com.br.

² Enfermera, Libre Docente, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br.

Correspondencia:

Denise Rodrigues Costa Schmidt
Hospital Universitário de Londrina. Centro Cirúrgico
Rua Robert Koch, 60
Vila Operária
CEP: 86038-440 Londrina, PR, Brasil
E-mail: denisebeto@terra.com.br

Análise da validade e confiabilidade da versão adaptada para o português do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky, entre profissionais de enfermagem

Este é um estudo metodológico cujo objetivo foi avaliar a validade de constructo e a confiabilidade da versão brasileira do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA), entre profissionais de enfermagem. Participaram do estudo 211 profissionais que atuavam nos blocos cirúrgicos de onze hospitais, de uma cidade do interior do Paraná, Brasil. A maioria dos participantes era do sexo feminino (86,7%), com tempo médio de atuação de 9,3 (dp=8,0) anos. A validade de construto foi avaliada com testes de correlação de Pearson entre as medidas do senso de coerência e de construtos correlatos, obtendo correlação inversa e forte entre senso de coerência e ansiedade ($r=-0,53$) e senso de coerência e depressão ($r=-0,61$). A confiabilidade, avaliada pelo alfa de Cronbach, obteve valor aceitável de 0,87. A versão adaptada para o português do QSCA manteve as propriedades psicométricas da escala original, quando utilizada em profissionais de enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Validade dos testes; Reprodutibilidade dos Testes.

Analysis of Validity and Reliability of the Adapted Portuguese Version of Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire Among Nursing Professionals

This methodological study aimed to evaluate the construct validity and reliability of the Brazilian-Portuguese version of Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire (ASCQ) among nursing professionals. The study included 211 professionals who worked in the surgical wards of eleven hospitals in a city in the interior of the State of Paraná-Brazil. The majority of participants were female (86.7%), with a mean length of service of 9.3 (SD=8.0) years. Construct validity was evaluated using Pearson correlation tests between the measures of sense of coherence and correlated constructs, obtaining strong negative correlations between sense of coherence and anxiety ($r=-0.53$) and sense of coherence and depression ($r=-0.61$). Internal reliability, assessed by Cronbach's alpha, obtained an acceptable value of 0.87. The Brazilian-Portuguese version of ASCQ maintained the psychometric properties of the original scale when used with nursing professionals.

Descriptors: Nursing; Validity of Tests; Reproducibility of Results.

Introducción

El Modelo Salutogénico de Antonovsky⁽¹⁾ ha sido considerado en la literatura del área de la salud como un nuevo abordaje para la evaluación de individuos en condiciones crónicas de salud o pertenecientes a grupos específicos, como ancianos, adolescentes, gestantes, niños y trabajadores de diversas áreas. El enfoque son los recursos de "coping" y no los factores estresores⁽¹⁾. El sentido de coherencia, constructo clave de esta teoría, se propone explicar estrategias bien sucedidas de enfrentamiento del estrés. Es una orientación global que expresa la capacidad de un individuo en confiar que, en su vida, el estímulo proveniente de los ambientes interno y externo son estructurados, previsibles y explicables (comprensión); los recursos están disponibles para que

él pueda satisfacer las demandas impuestas por esos estímulos (utilización) y esas demandas son cambios, merecedoras de inversiones y compromiso (significado). Comprensión, Utilización y Significado son los tres componentes que forman el sentido de coherencia⁽²⁾.

El estrés ha sido asociado a la presencia de enfermedades ocupacionales en diversas áreas, entre ellas la de enfermería. En un estudio realizado con profesionales de enfermería que actuaban en unidades de terapia intensiva, los autores concluyeron que la presencia de estrés estaba asociada a la insatisfacción con el trabajo y a los síntomas relacionados a las alteraciones cardiovasculares, aparato digestivo y muscular esquelético⁽³⁾.

Evaluar el Sentido de Coherencia de profesionales de

enfermería en Brasil puede ser una herramienta importante para la determinación de políticas administrativas que tienen por objetivo favorecer la adaptación de los trabajadores a los locales de trabajo, identificando aquellos que poseen una mayor capacidad de lidiar con el estrés presente en el local de actuación. Para esa evaluación es necesario tener disponible para nuestra cultura el instrumento creado para la evaluación del Sentido de Coherencia, titulado por el autor de Cuestionario de Orientación para la Vida (*Orientation to Life Questionnaire*), referido en la literatura como Cuestionario de Sentido de Coherencia de Antonovsky (QSCA). Ese instrumento fue adaptado y validado recientemente en la lengua portuguesa para pacientes cardíacos⁽²⁾, y ya había sido utilizado entre trabajadores de ocupaciones distintas⁽⁴⁾, entre docentes⁽⁵⁾ y profesionales de enfermería⁽⁶⁻⁷⁾ en otros países, sin embargo en Brasil todavía no había sido aplicado entre trabajadores de enfermería.

La validez de constructo es una de las más importantes formas de evaluar las características psicométricas de un instrumento, siendo, sin embargo, la más compleja y difícil de ser determinada. Un instrumento con buena validez de constructo garantiza la evaluación de la teoría o de la hipótesis bajo investigación, o sea, está relacionada a la habilidad del instrumento de confirmar las hipótesis esperadas⁽⁸⁾. En este artículo se investiga la validez de constructo de la versión adaptada para el portugués del QSCA (29 ítems) por medio de la validez convergente. Para evaluación de esa validez la literatura recomienda la evaluación de correlaciones entre constructos similares⁽⁸⁾, así, el Sentido de Coherencia ha sido asociado con la depresión aisladamente^(2,6,9-11) y con depresión acompañada de ansiedad⁽¹²⁻¹³⁾. Hay indicios de que un fuerte Sentido de Coherencia tendría un efecto mediador entre hostilidad y síntomas depresivos⁽¹⁰⁾, en cuanto bajo Sentido de Coherencia estaría asociado con aumento de la prevalencia de depresión⁽⁹⁾ y de ansiedad⁽¹²⁾. Por lo tanto, instrumentos validados para la medida de constructos como, depresión, ansiedad y autoestima, pueden ser utilizados para evaluación de la validez convergente de instrumentos como el QSCA.

Se establecieron las siguientes hipótesis para probar la validez de constructo: 1 - Existe correlación divergente (negativa) de moderada a fuerte intensidad entre la medida total del QSCA y la medida de ansiedad, evaluada por la subescala Ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-A). 2 - Existe correlación divergente (negativa) de moderada a fuerte intensidad entre la medida total del QSCA y la medida de depresión evaluada por la subescala Depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-D).

Los objetivos del estudio fueron evaluar la validez de constructo convergente, la confiabilidad y la presencia de efecto *ceiling* (techo) y efecto *floor* (piso) de la versión brasileña del QSCA cuando utilizada en profesionales de enfermería.

Método

Delineamiento del estudio

Se trata de un estudio metodológico, incluido en un proyecto ampliado sobre la salud física y mental y la calidad de vida en el trabajo realizado con profesionales de enfermería que actuaban en el bloque quirúrgico.

Local del estudio

El estudio fue desarrollado en once centros quirúrgicos de la ciudad de Londrina, estado de Paraná, Brasil; él mismo fue aprobado por el Comité de Bioética y Ética en Investigación de la Hermandad Santa Casa de Londrina, Bioiscal, bajo el número 235/06, de acuerdo con las orientaciones de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud/MS.

Población

La población del estudio fue compuesta por 340 profesionales del equipo de enfermería del Centro Quirúrgico y/o Central de Materiales y Esterilización de los once hospitales de la ciudad de Londrina, que permitieron la recolección de datos. Los sujetos del estudio fueron 211 (66,8%) trabajadores de enfermería (enfermeros, técnicos, auxiliares y ayudantes de enfermería) que concordaron en participar del estudio, firmando el término de consentimiento libre y esclarecido y retornando el instrumento de recolección de datos respondido para las investigadoras.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos estuvo compuesto por datos sociodemográficos y profesionales, por la versión adaptada y validada para el portugués del QSCA⁽²⁾ y por la versión adaptada para el portugués de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)⁽¹⁴⁾.

El QSCA es un instrumento cerrado y sistematizado conteniendo 29 ítems que evalúan un único constructo, el sentido de coherencia. Según su autor, en la composición del Sentido de Coherencia existe la presencia de los componentes comprensión (11 ítems), utilización (10 ítems) y significancia (ocho ítems)⁽¹⁾. Conforme su orientación, esos componentes no deben ser evaluados separadamente como subescalas del QSCA

una vez que el instrumento es unidimensional y evalúa un único constructo, el sentido de coherencia. Esa unidimensionalidad ha sido confirmada por el análisis del componente principal realizado en varios estudios^(1-2,15-16). Las respuestas a los ítems son obtenidas por una escala de siete puntos, con valores extremos variando de uno a siete, en la cual el valor siete representa el más elevado Sentido de Coherencia y el uno, el más débil. Antes del cálculo para el puntaje total de la escala, los 13 ítems que son redactados de forma reversa fueron recodificados, o sea, el valor siete (7) fue transformado en uno (1), el seis (6) en dos (2) y, así, sucesivamente, conforme orientación del autor del cuestionario⁽¹⁾. El intervalo posible para la escala varía de 29 a 203, los valores más altos significan un mayor Sentido de Coherencia del individuo⁽¹⁾.

Para evaluar la ansiedad y la depresión, se optó por la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)⁽¹⁷⁾, en su versión adaptada y validado para la lengua portuguesa⁽¹⁴⁾. Esas medidas fueron seleccionadas basadas en la literatura que ha demostrado que depresión y ansiedad estarían asociadas negativamente con la medida de sentido de coherencia^(2,12-13). La HADS contiene 14 preguntas del tipo de múltiple elección, divididas en dos subescalas: ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D), con siete ítems cada una. Cada ítem tiene una puntuación que varía de cero a tres y el intervalo global, en cada subescala, varía de cero a 21. Mayores valores indican más síntomas de ansiedad y/o de depresión⁽¹⁷⁾.

Análisis semántica y prueba piloto

Para evaluar las propiedades psicométricas de la versión adaptada del QSCA entre los trabajadores, se realizó, en abril de 2007, el análisis semántico del cuestionario, para verificar si todos los ítems eran comprensibles para los potenciales participantes del estudio. Participaron del análisis semántico tres auxiliares de enfermería y un enfermero de uno de los hospitales del estudio, los cuales fueron escogidos por sorteo y no presentaron dificultades en la comprensión de los ítems, siendo mantenida la misma redacción y formato de la versión adaptada para el portugués. En seguida fue realizada una prueba piloto con 20 profesionales de enfermería de dos hospitales participantes del estudio que respondieron el instrumento individualmente. Como los mismos no presentaron dificultades para comprender o llenar el instrumento, la versión adaptada del QSCA probada entre pacientes cardíacos⁽²⁾ fue aplicada a los participantes del presente estudio.

Recolección de datos

Los datos fueron recolectados en el período de mayo

a noviembre de 2007, por medio de los cuestionarios que fueron entregados, personalmente por una de las investigadoras, a los potenciales participantes en sobres cerrados, lo que contribuyó para garantizar el anonimato de los participantes.

Procesamiento y análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados por el programa de *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 15.0 for Windows*. Todas las variables sufrieron análisis descriptivo y las variables continuas fueron analizadas según las medidas de tendencia central (promedio y mediana) y dispersión (desviación estándar).

Para la evaluación de la validez de constructo convergente de la versión adaptada para el portugués del QSCA fueron realizadas pruebas de correlación de Pearson entre las medidas de sentido de coherencia, ansiedad y depresión. Para la clasificación de la fuerza de correlación entre las variables, consideramos valores próximos de 0,30 como satisfactorios, entre 0,30 a 0,50 de moderada magnitud, por arriba de 0,50 de fuerte magnitud y valores por debajo de 0,30 de poco valor para la práctica, mismo que estadísticamente sean significativos⁽¹⁸⁾. La elección para esa clasificación difiere de la interpretación de autores comúnmente usados por estar tratando de correlaciones entre medidas de constructos subjetivos que no pueden ser observados directamente por el investigador, hecho común en las ciencias sociales⁽¹⁸⁾.

Para el análisis de confiabilidad de la versión adaptada del QSCA, en lo que se refiere a la consistencia interna de sus ítems, fue calculado el Coeficiente Alfa de Cronbach. La confiabilidad de las medidas de ansiedad y depresión también fue evaluada y a pesar de que no hubo un umbral mínimo para que un coeficiente de confiabilidad sea considerado adecuado para todos los fines, se entiende que, no habiendo otras fallas, cuanto más alto es el coeficiente, más confiable es el instrumento⁽⁸⁾. De ese modo, consideramos valores por arriba de 0,70 como adecuados para este estudio. El nivel de significancia adoptado para las pruebas de hipótesis del estudio fue de 0,05.

La existencia de los efectos *floor* y *ceiling* es observada cuando más de 15% de los participantes optan por el menor o por el mayor puntaje posible de la escala de respuestas, respectivamente⁽¹⁹⁾. Este análisis ha sido hecho como una evaluación de la responsividad del instrumento.

En cuanto a los datos perdidos ("*missing data*") seguimos el criterio que establece que sólo deban ser excluidos de la muestra aquellos participantes que tuvieron

20% o más de los ítems no respondidos en una dada escala⁽²⁰⁾. Delante de ese criterio fueron mantenidos para el análisis del QSCA los participantes que respondieron, por lo menos a 24 ítems del cuestionario. Para esos participantes se optó por la sustitución de los datos perdidos por el promedio de sus respuestas a los demás ítems de la escala.

Resultados

Entre los 211 trabajadores que participaron del estudio, 183 (86,7%) eran del sexo femenino, la mayoría era casada (n=114; 54,0%), con edad promedio de 40 años (D.E.=9,7) y enseñanza media completa (n=123; 58,3%). Se observó que 31 (14,7%) profesionales buscaban formación complementaria por medio de cursos de graduación en andamio. Entre los 36 (17,1%) profesionales de nivel superior, 16 (7,6%) continuaron el perfeccionamiento profesional por medio de cursos de posgraduación *latu senso* (n=15; 41,7%) y *strictu senso* (n=1; 2,8%).

Con relación a las características profesionales, 62,6% (n=132) eran auxiliares de enfermería, 10,4% (22) enfermeros, 12,8% (27) técnicos y 13,3% (28) ayudantes de enfermería. El tiempo de experiencia para los participantes del estudio fue, en promedio, de

9,3 (D.E.=8,0) años, con un intervalo de dos meses a 32 años. La carga horaria semanal promedio fue de 47,3 (D.E.=16,0) horas, con un intervalo de 20 a 90 horas de trabajo. Constatamos también que la mayoría de los trabajadores pertenecía a instituciones públicas y filantrópicas (n=123; 58,3%).

El salario de 66,4% (n=140) de los profesionales era de uno a tres salarios mínimos, siendo que apenas 7,1% (15) recibían más de siete salarios mínimos y 22,7% (48) de los profesionales poseían dos vínculos de empleo.

Con relación al análisis de los datos perdidos del QSCA, fueron excluidos ocho trabajadores, siendo que tres no respondieron a todos los ítems del instrumento y los demás dejaron de responder entre seis y 16 ítems. El ítem no respondido con mayor frecuencia fue el 11 (3,8%) que indaga sobre realizaciones futuras. Los valores de los ítems de los participantes que presentaron menos de 20% de no-respuestas fueron substituidos por el promedio de las respuestas de los sujetos a los demás ítems.

Los ítems 4, 7, 8, 13, 14, 16, 20, 22, 23 y 27 fueron los ítems que más obtuvieron respuestas dirigidas al valor siete del cuestionario. Los ítems 13 y 14 fueron los que presentaron mayor frecuencia para ese extremo de la escala, respectivamente, 65,4% y 66,4%, conforme podemos observar en la Tabla 1.

Tabla 1 – Distribución de las frecuencias de respuestas a los ítems del QSCA y de ítems no respondidos por los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico, Londrina-PR, 2007

QSCA	Valor 1 (%)	Valor 2 (%)	Valor 3 (%)	Valor 4 (%)	Valor 5 (%)	Valor 6 (%)	Valor 7 (%)	Sin respuesta (%)
Ítem 1	2,4	2,4	8,1	9,5	15,6	28,4	31,3	2,4
Ítem 2	3,3	6,2	11,8	11,8	18,5	14,7	30,8	2,8
Ítem 3	11,4	12,3	19,4	25,6	12,3	6,6	10,0	2,4
Ítem 4	8,1	3,3	8,5	8,1	10,4	20,9	38,9	1,9
Ítem 5	20,9	21,3	20,4	11,8	10,0	8,5	5,2	1,9
Ítem 6	16,1	24,2	19,0	12,8	10,0	11,8	3,8	2,4
Ítem 7	9,0	2,8	7,6	11,8	9,5	13,3	43,6	2,4
Ítem 8	1,4	1,4	1,4	3,3	10,4	20,9	58,8	2,4
Ítem 9	7,1	7,6	11,4	12,8	19,0	16,1	23,7	2,4
Ítem 10	29,9	12,8	12,3	13,7	13,3	7,1	9,0	1,9
Ítem 11	1,4	0,5	4,7	17,1	20,4	20,4	31,8	3,8
Ítem 12	1,4	3,8	10,9	12,8	18,0	23,7	26,5	2,8
Ítem 13	0,5	0,9	0,9	4,7	6,6	19,0	65,4	1,9
Ítem 14	0,9	1,9	2,4	5,2	9,0	11,4	66,4	2,8
Ítem 15	7,8	10,9	8,1	18,5	25,1	16,6	10,9	2,4
Ítem 16	1,9	0,5	2,8	10,9	12,8	29,4	39,3	2,4
Ítem 17	25,6	17,1	9,0	14,7	13,3	10,9	6,6	2,8
Ítem 18	4,3	6,2	9,0	14,2	16,1	19,4	28,0	2,4
Ítem 19	3,3	4,7	11,4	9,5	18,0	20,9	29,9	2,4
Ítem 20	0,9	3,3	4,3	4,7	11,4	21,3	51,2	2,8
Ítem 21	7,6	9,0	14,7	9,5	19,4	21,3	16,1	2,4
Ítem 22	1,4	0,5	3,3	5,7	10,9	21,3	54,5	2,4
Ítem 23	7,6	3,3	9,0	10,4	10,0	17,1	40,8	1,9
Ítem 24	10,0	6,6	12,3	17,1	15,6	16,1	19,4	2,8
Ítem 25	4,3	7,1	19,4	22,3	19,4	14,7	10,4	2,8
Ítem 26	10,9	6,2	11,8	22,3	17,1	14,7	14,7	2,4
Ítem 27	0,5	1,9	3,3	12,3	17,1	22,3	40,3	2,4
Ítem 28	0,9	5,7	5,7	11,8	10,0	25,6	37,4	2,8
Ítem 29	5,7	6,6	6,2	9,5	12,3	25,1	32,2	2,4

El promedio del QSCA para los 203 profesionales de enfermería de los BC que respondieron al cuestionario fue de 144,6 (D.E.=22,6) y mediana de 144, que es mayor que la mediana del intervalo posible entre 29 y 203, que es igual a 116. El intervalo obtenido varió entre 69 y 201, revelando que existían profesionales tanto con bajo como con alto sentido de coherencia. En cuanto a la mediana de los ítems, los valores variaron de tres (ítems 5, 6, 10 y 17) a siete (ítems 8, 13, 14, 20 y 22). Las promedios de los ítems variaron de 3,1 (ítem 5) a 6,4 (ítem 13), intervalo posible de uno a siete.

La presencia de los efectos *floor* y *ceiling*, o sea, una frecuencia mayor que 15% de respuestas de los

participantes para el menor o para el mayor puntaje posible de la escala, respectivamente, fue observada en algunos ítems. El efecto *floor* estuvo presente en los ítems 5, 6, 10 y 17 y el efecto *ceiling* fue observado en la mayoría de los ítems excepto en los ítems 3, 5, 6, 10, 15, 17, 25 y 26.

La consistencia interna del instrumento fue verificada por el alfa de Cronbach, obteniendo un valor igual a 0,87, demostrando la existencia de esta medida de confiabilidad del instrumento en la población estudiada.

Los resultados relacionados a la escala (HADS) utilizada para análisis de validez convergente con la medida del Sentido de Coherencia se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2 – Estadística descriptiva y consistencia interna de las subescalas HADS-Ansiedad y HADS-Depresión entre los profesionales de enfermería de los Centros Quirúrgicos. Londrina – PR, 2007

Subescalas de la HADS	No. de ítems	Alfa de Cronbach	Promedio (D.E.)	Mediana	Intervalo posible	Intervalo obtenido
Ansiedad	7	0,79	6,3 (3,7)	6,0	0 – 21	0 – 21
Depresión	7	0,77	5,2 (3,3)	5,0	0 – 21	0 – 16

Los valores de los coeficientes Alfa de Cronbach para las subescalas HADS- ansiedad y HADS-depresión fueron mayores que 0,70, lo que indica la confiabilidad de las medidas utilizadas para comprobar la validez de constructo convergente de la versión adaptada del QSCA.

Para verificar la validez convergente del Sentido de Coherencia evaluado por el instrumento QSCA entre trabajadores de enfermería, se optó por probar la correlación entre la medida del Sentido de Coherencia con la medida de ansiedad y de depresión, evaluadas por la HADS.

En la Tabla 3 presentamos los valores de los coeficientes de correlación obtenidos entre las medidas del QSCA y de la HADS entre los profesionales de enfermería de los BC.

Tabla 3 – Correlaciones de Pearson entre las medidas obtenidas por el Cuestionario de Sentido de Coherencia de Antonovsky y por la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Londrina – PR, 2007

MEDIDAS	QSCA	HADS – A	HADS – D
QSCA	1	- 0,53*	- 0,61*
HADS – A		1	0,77*
HADS – D			1

*nivel de significancia de 0,01

Con esos resultados se constató que hay una correlación negativa y de fuerte intensidad entre las medidas obtenidas por el QSCA y las medidas de ansiedad y depresión, o sea, el QSCA es positivamente ordenado, mayores valores indican mayor sentido de coherencia. Las escalas HADS – A y a HADS – D también son positivamente ordenadas, mayores valores indican más síntomas de

ansiedad y/o de depresión. La correlación negativa entre la medida del Sentido de Coherencia con las medidas de ansiedad y depresión confirmaron las hipótesis formuladas para este estudio.

Discusión

El análisis descriptivo de los datos obtenidos por la aplicación del QSCA entre los profesionales de enfermería mostró una mediana de 144 y promedio de 144,6 (D.E.=22,6). En este estudio no observamos diferencia significativa entre los valores del promedio y de la mediana para el total de la medida de sentido de coherencia. El mismo fue observado en el estudio de adaptación del instrumento, en el cual la mediana y el promedio quedaron muy próximos. La mediana encontrada entre los pacientes cardíacos fue igual a 146,5 y el promedio fue de 143,2 (D.E.=24,9)⁽²⁾.

Resultado semejante fue encontrado en un estudio⁽²¹⁾ entre farmacéuticos, cuyo promedio fue de 148,23 (D.E.=20,22) y en estudio de revisión sistemática⁽²²⁾, en el cual los 124 estudios que utilizaron la versión con 29 ítems del QSCA obtuvieron promedio para el Sentido de Coherencia entre 100,5 (D.E.=28,5) y 164,5 (D.E.=17,1).

En cuanto a la mediana de los ítems, observamos que el valor a ser obtenido en este intervalo fue de cuatro, sin embargo, las medianas variaron en sus valores entre 3,0 y 7,0. Resultado semejante fue encontrado en un estudio previo⁽²⁾, cuyo valor de la mediana varió entre uno y siete. Diez de los 29 ítems del cuestionario obtuvieron alta frecuencia de respuestas dirigidas al valor siete de la

escala, o sea, se constató la presencia del efecto *ceiling*⁽¹⁹⁾. Los ítems 13 y 14, los cuales indagan sobre la visión que el individuo tiene sobre su vida, presentaron frecuencia de respuesta por arriba de 65% para ese extremo de la escala, confirmando en esa población que hay una gran tendencia entre los participantes a señalar el valor siete del cuestionario, conforme apuntado por la literatura^(2,23). En el estudio de validez del instrumento, los ítems 13 y 14 también fueron los que obtuvieron mayor frecuencia de respuestas para el valor siete (75%)⁽²⁾. El autor del instrumento original ya había alertado que uno de los problemas al utilizar el QSCA era la tendencia de algunos participantes de responder apenas el valor extremo de la escala de respuestas⁽²³⁾.

En cuanto a la validez del instrumento en la población estudiada, buscamos encontrar la confirmación por medio del análisis semántico del instrumento y por la validez de constructo convergente. En cuanto a la confiabilidad del instrumento la misma fue constatada por el análisis de la consistencia interna, medido por el alfa de Cronbach.

Encontramos resultados satisfactorios que apuntan la manutención de la validez de constructo y de la consistencia interna de la versión adaptada en Brasil del QSCA en el grupo de trabajadores de enfermería.

Específicamente, en cuanto al alfa de Cronbach, obtuvimos valor de 0,87, siendo superior al encontrado en el estudio de adaptación del cuestionario para la lengua portuguesa, que fue igual a 0,78⁽²⁾. Otros estudios que utilizaron la versión de 29 ítems del QSCA también presentaron valores para el alfa de Cronbach aceptables y similares al de este estudio, que fueron: 0,91⁽²¹⁾, 0,70 a 0,95⁽²²⁾ y 0,82⁽²⁴⁾.

En cuanto a la validez de constructo convergente, correlacionamos la medida obtenida por el QSCA con las medidas provenientes de la HADS-A y de la HADS-D. La presencia de depresión y ansiedad ha sido fuertemente asociada con bajo nivel de sentido de coherencia^(1-2,12,22). Los resultados obtenidos confirman la correlación inversa entre esas medidas, una vez que obtuvimos un valor para el coeficiente de correlación de Pearson de $r=-0,53$ para a HADS-A y de $r=-0,61$ para a HADS-D. Resultado semejante fue encontrado por otros autores al comprobar la validez de constructo entre las medidas de Sentido de Coherencia y depresión, cuyos valores de correlación variaron de -0,45 a -0,75^(2,22). Otro estudio, encontró una correlación que varió de moderada a fuerte magnitud entre Sentido de Coherencia y las medidas de ansiedad y depresión ($r=-0,28$ y $r=-0,73$, $p<0,01$)⁽¹²⁾.

La evaluación del Sentido de Coherencia ha sido usada como una medida indirecta de la capacidad de enfrentamiento al estrés (*coping*) y también como una

medida del constructo llamado de resiliencia. Contar con este instrumento para ser usado por la enfermería brasileña puede ser una herramienta importante para los estudios sobre esta temática.

Conclusión

Los resultados obtenidos indican la presencia de una adecuada consistencia interna y presencia de validez de constructo de la versión adaptada para el portugués del Cuestionario de Sentido de Coherencia de Antonovsky cuando usada en un grupo de trabajadores de enfermería. Este estudio posibilita la ampliación de la utilización del QSCA entre profesionales de diversas áreas de actuación de la enfermería y consecuente la comparación con los estudios hechos en otros países.

Referencias

1. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. São Francisco: Jossey-Bass; 1987.
2. Dantas RAS. Adaptação cultural e validação do questionário de senso de coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2007.
3. Cavaleiro AM, Moura DF Júnior, Lopes AC. Stress in nurses working in intensive care units. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(1):29-35.
4. Kivimaki M, Eloviano M, Vahtera J, Nurmi JE, Feldt T, Keltikangas-Jarvinen L, et al. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. Soc Sci Med. 2000 April;50(4):583-97.
5. Harri M. The sense of coherence among nurses educators in Finland. Nurse Educ Today.1998;18(3):202-12.
6. Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. Nurs Health Sci. 2001;3(2):69-71.
7. Leino-Loison K, Gien LT, Katajisto J, Vlimki M. Sense of coherence among unemployed nurses. J Adv Nurs. 2004; 48(4):413-22.
8. Urbina S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed; 2007.
9. Buchi S, Sensky T, Alland S, Stoll T, Schnyder U, Klaghofer R, et al. Sense of coherence – a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 1998;25(5):869-75.
10. Kivimaki M, Eloviano M, Vahtera J, Nurmi JE, Feldt T, Keltikangas-Jarvinen L, et al. Sense of coherence as a mediator between hostility and health: seven-year prospective study on female employees. J Psychosom Res. 2002;52(4):239-47.

