



**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y  
PODOLOGÍA**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**TESIS DOCTORAL**

**Construcción y validación de una escala de evaluación del nivel de  
competencia en la interacción de cuidado para estudiantes de  
Grado en Enfermería**

**Regina Allande Cussó**

**Directoras: Ana María Porcel Gálvez y Juana Macías Seda**

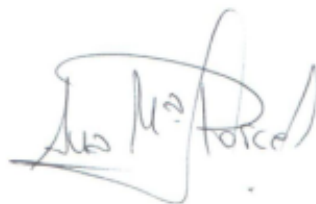
**Sevilla, 17 de julio de 2019**



Dña. ANA MARÍA PORCEL GÁLVEZ, Doctora en Enfermería, Profesora Contratada Doctora del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

**CERTIFICA:** Que la memoria de tesis doctoral que presenta D<sup>a</sup> REGINA ALLANDE CUSSÓ a superior juicio del tribunal que la Comisión de Doctorado de la Universidad de Sevilla designa, sobre el tema **“Construcción y validación de una escala de evaluación del nivel de competencia en la interacción de cuidado para estudiantes de Grado en Enfermería”** ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el mencionado tribunal.

Sevilla,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ana María Porcel Gálvez', with a stylized flourish at the end.

Fdo.: Dra. Ana María Porcel Gálvez

Dña. JUANA MACÍAS SEDA Profesora Titular Doctora del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla

**CERTIFICA:** Que la memoria de tesis doctoral que presenta Dña. REGINA ALLANDE CUSSÓ a superior juicio del tribunal que la Comisión de Doctorado de la Universidad de Sevilla designe, sobre el tema **“Construcción y validación de una escala de evaluación del nivel de competencia en la interacción de cuidado para estudiantes de Grado en Enfermería”**, ha sido realizada bajo su co-dirección, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el mencionado tribunal.

Sevilla,



Fdo: Dra. Juana Macías Seda

*A mi madre, Rosa María, porque gracias a ella, hoy puedo ser quién soy*

*A José Diego, mi marido, y a Daniel, mi hijo,  
por comprenderme, apoyarme, y acompañarme en el camino de la vida*

*“Teaching means creating situations where structures can be discovered by the student; it does not mean transmitting structures which may be assimilated at nothing other than a verbal level. There must be far less telling on the part of the teacher and far more doing on the part of the student”*

*(Jean Piaget, unpublished remarks, quoted by Eleanor Duckworth\*)*

*“Enseñar, significa crear situaciones en las que el estudiante debe descubrir estructuras; este hecho, no supone la transmisión de las mismas solamente a nivel verbal. Además de la explicación y exposición por parte del docente, debe existir la ejecución y práctica por parte del estudiante”*

*(Jean Piaget, notas sin publicar, recogidas por Eleanor Duckworth\*)*

\*Hawkins, D. The informed vision; Essays on learning and human nature. New York: Algora Publishing; 2007.

## **AGRADECIMIENTOS**

Mis primeras palabras de agradecimiento se las dedico, sin lugar a dudas, a Ana María Porcel Gálvez y a Juana Macías Seda, directoras de esta tesis doctoral y profesoras de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. No sólo por el tiempo que le han dedicado a este proyecto, y el cariño con el que lo han procesado y revisado, sino por todo aquello que me han transmitido, y lo que me han permitido aprender de ellas mismas. Sus palabras, sus recomendaciones, su visión del mundo de la investigación, y sus propias trayectorias profesionales, me han enseñado que, con esfuerzo, voluntad, conocimientos, y constancia, la consecución de objetivos personales y el desarrollo profesional son posibles. La excelencia y la rigurosidad son los dos valores más significativos que me han sabido transmitir, y desde luego, siempre se lo agradeceré.

No puedo dejar tampoco de agradecer, por supuesto, a todos los profesores y profesoras de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, que participaron voluntariamente como panel de expertos en la fase de traducción y adaptación cultural del cuestionario: M<sup>a</sup> Jesús Albar Marín, Juan Pablo Sobrino Toro, Manuel Ángel Calvo Calvo, M<sup>a</sup> José González Moreno, Soledad Vázquez Santiago, M<sup>a</sup> del Socorro Arnedillo Sánchez, y José Ignacio Villar Navarro.

Igualmente, también debo agradecer al Decano de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, Máximo Ginés de la Fuente, y a los directores/as de los Centros Adscritos, Francisco Ventosa Esquinaldo, Antonia García Parejo, y José Antonio Ponce Blandón, la concesión de su permiso para la recogida de datos del presente estudio en sus respectivos centros. Así mismo, también agradezco al profesor Joaquín Lima Rodríguez, que me permitiera específicamente recoger datos en el transcurso de una conferencia que él mismo organizó para los estudiantes de 4º curso de Grado en Enfermería, durante la fase de pilotaje del presente estudio.

Mi agradecimiento, también lo dirijo hacia aquellas compañeras de la profesión enfermera, y al experto en humanidades y derecho, que participaron voluntariamente en el proceso de traducción y retro-traducción del cuestionario original; de igual forma, a las expertas que evaluaron la validez de contenido y de aspecto, durante la fase de estudio piloto, y al servicio de Informática y Comunicaciones de la Universidad de Sevilla, quién facilitó el procesamiento de las hojas de respuesta de los sujetos de la muestra para el estudio de campo.

No debo olvidar la especial colaboración de Jean Watson, como experta en su propia teoría, durante la fase de validación de contenido del cuestionario final. Participó de forma

voluntaria, y se mostró siempre agradecida y motivada por este proyecto. Gracias pues, por su evaluación teórica como experta.

Tampoco prescindo de mi agradecimiento a la autora principal del cuestionario “Caring Nurse Patient Interaction” (CNPI), la profesora Sylvie Cossette de la Universidad de Montreal (Canadá), al profesor Erick Roth y a la profesora Mariana Guaygua, de la Universidad San Pedro de Bolivia, así como a la profesora Margarita Poblete, de la Universidad Asunción de Chile, por haberme permitido formalmente utilizar sus cuestionarios para este estudio.

Haciendo retrospectiva de mi “vida enfermera”, quiero y debo agradecer a las profesoras Carmen Álvarez Leiva y M<sup>a</sup> José González Moreno, ambas al frente de la asignatura de Fundamentos de Enfermería durante mi formación universitaria como enfermera, porque supieron –y así lo recuerdo- colocarme las “gafas enfermeras”. Me transmitieron la importancia del método enfermero como vehículo para prestar cuidados, pero, sobre todo como instrumento para dotar de identidad profesional y científica a la ciencia enfermera. Fue un descubrimiento para mí, pues mi trayectoria académica anterior fue en el ámbito de la psicología; no obstante, ellas me enseñaron que la enfermería no es “sólo técnica y vocación”. Es fundamento, es ciencia, es conocimiento, y es método.

Finalmente, también quiero honrar a Eugenia Gil García, profesora de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla –y directora del Departamento de Enfermería por aquel entonces- la oportunidad que me brindó en 2014, de formar parte del claustro de profesores asociados clínicos de la misma Facultad –en el que sigo actualmente-. Supo ver en mí, interés y motivación por la docencia en Enfermería, tras un proceso de selección riguroso. Me permitió pues, iniciar mi humilde trayectoria docente en la Universidad, y siempre se lo agradeceré. En estos años como profesora asociada clínica, he tenido el placer de compartir interacciones, y escuchar percepciones, con los estudiantes; me ha permitido observar y analizar, *in situ*, su proceso de aprendizaje respecto a la relación enfermera-paciente. Todo ello gestó, de una parte, las inquietudes iniciales que me llevaron a proyectar esta Tesis. De otra, mi especial afinidad por el estudio y la mejora de la relación enfermera-paciente. Me permito, por tanto, dejar constancia de una apreciación final personal que sustenta toda mi investigación: no es posible “hacer enfermería” sin la existencia de interacciones de cuidado con el paciente.



## RESUMEN

Las recomendaciones del Espacio Común Europeo de Educación Superior destacan la necesidad de adecuar los títulos de Grado a la adquisición de competencias, y el uso de métodos adecuados para la evaluación de dicha adquisición. Entre los mismos, se encuentran las rúbricas de evaluación, como herramientas objetivas y sistemáticas de evaluación. Por otro lado, la adquisición de competencia en la relación enfermera-paciente, integrada en el currículo del estudiante que obtiene el Grado en Enfermería, se convierte así en objeto de evaluación. El objetivo del presente estudio fue la construcción y validación de una escala de evaluación del nivel de competencia en la relación enfermera-paciente para estudiantes de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla, a partir del cuestionario “Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI)” de 70 ítems, basado en la teoría de Jean Watson. Además, se estudió la posible relación entre el nivel de competencia en la relación enfermera-paciente y el nivel en habilidades sociales.

Para ello, se llevó a cabo un estudio observacional de validación clinimétrica en tres fases. En la primera, se desarrolló un proceso de traducción y adaptación cultural del cuestionario CNPI, mediante el método de traducción-retro traducción, por un panel de expertos. En la segunda fase, se realizó un estudio piloto sobre una muestra estudiantes de 4º curso de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla. En la tercera, se procedió al análisis de constructo, de criterio –mediante el uso de un cuestionario elegido como “*gold standard*”- y consistencia interna mediante un estudio de campo. Para ello, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE), análisis factorial confirmatorio (AFC), y método de regresión de mínimos cuadrados parciales (PLS). Se correlacionaron también las puntuaciones del cuestionario creado con las obtenidas en otro cuestionario que mide competencia en habilidades sociales, obtenidas por los mismos sujetos de la muestra de estudio.

Los datos fueron recogidos a finales del año 2016 en una muestra de estudiantes de 4º curso de Grado en Enfermería pertenecientes las tres unidades docentes de la Universidad de Sevilla y sus centros adscritos. Se solicitaron los debidos permisos, y todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Los resultados ofrecieron una versión traducida al español, que se sometió a estudio piloto sobre una muestra de 74 estudiantes de 4º curso de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla. Tras el análisis factorial exploratorio se obtuvo una versión reducida de 28 ítems, con una estructura dimensional de 8 factores y un 63% varianza explicada. La fiabilidad de la escala fue de  $\alpha$  de 0,94, oscilando entre 0.62 y 0.87 en sus dimensiones. La misma, fue utilizada

durante el estudio de campo, sobre una muestra de 332 sujetos. El 80% fueron mujeres, con una media de edad de 24 años. El AFE aplicado sobre estos nuevos datos redujo el número de factores a 5, aunque el AFC no obtuvo resultados satisfactorios. Por ello, teniendo en cuenta criterios teóricos y fundamentales, se construyó un modelo de senderos que relacionan los 5 constructos. Sobre el mismo, se ejecutó el método de regresión de mínimos cuadrados parciales que ofreció, entre otros, un valor de SRMR  $<0.08$ , valores de fiabilidad ( $\alpha$  Cronbach, fiabilidad compuesta, y varianza extraída media) aceptables, demostrando validez discriminante (HTMT  $<0.85$ ) y tamaños de efecto de las relaciones entre los constructos (antes llamados factores) óptimos. Se validó así una estructura de 5 constructos y 16 ítems, y se nombró el cuestionario como “Nursing Interactions in Caring \_ Competence Assessment (NIC\_CA)”.

No se obtuvo correlación entre el cuestionario NIC\_CA y el cuestionario elegido como “*gold standard*”, por lo que la validez de criterio no pudo ser estudiada; no obstante, se confeccionó un baremo de niveles de competencia a partir de los valores de la mediana y los percentiles. Tampoco se encontró convergencia entre las puntuaciones del cuestionario NIC\_CA y las del cuestionario que valoraba competencia en habilidades sociales.

En resumen, esta investigación aporta un cuestionario fiable y válido, para medir el nivel de competencia en la relación enfermera-paciente de los estudiantes de 4º curso de Grado en Enfermería. No existe correlación entre la competencia en la relación enfermera-paciente y la competencia en habilidades sociales, por lo que éstas no son condición “*sine qua non*” para la adquisición de la primera. Futuros estudios deberían estudiar la validez de criterio, aportando datos de sensibilidad y especificidad, así como contemplar la perspectiva de género en la conceptualización y ejecución de las conductas y actitudes que caracterizan la relación enfermera-paciente.

## **ABSTRACT**

The competence acquirement is described in the European Higher Education area recommendations, and Universities should adapt their programs to get this standard using appropriate instruments, like the evaluation rubric. In addition, the nurse-patient relationship competence acquirement, as a specific competence in Nursing Degree programs, becomes an object to be evaluated. The objective of this study was the validation of a tool which measures the nurse-patient interaction competence in nursing students, based on Caring Nurse Patient Interaction Scale (CNPI)- 70 items and Jean Watson's model.

A clinimetric validation study was conducted in three phases. First, the translation and cultural adjustment of the CNPI questionnaire was developed, using the translation-back translation method, by a panel of experts. Secondly, a pilot study was carried out on a sample of last-year Nursing Degree students at the University of Seville. Thirdly one, we achieved the analysis construct, criteria and internal consistency analysis. Furthermore, exploratory factorial analysis (EFA), confirmatory factorial analysis (CFA), and partial least squares (PLS) method were performed. The scores of the created questionnaire were also correlated with those obtained in another questionnaire that measures social skill competence, obtained by the same subjects of the study sample. Data were collected in 2016 from a sample of students belonging to the six teaching centres of the University of Seville. Permissions were requested, and all participants signed an informed consent.

A Spanish version of the CNPI Scale was obtained and tested in a pilot study on a sample of 74 students. Using EFA, a reduced version of 28 items was made, with a dimensional structure of 8 factors and 63% explained variance. The scale reliability was  $\alpha$  of 0.94, ranging between 0.62 and 0.87 in its dimensions. This reduced version was tested again on a sample of 332 subjects. 80% were women, with an average age of 24 years. The CFA applied on these new data reduced the number of factors to 5, although the CFA did not obtain satisfactory results. Therefore, taking into account theoretical and fundamental criteria, a model of paths was built, demonstrating a lineal relationship among the 5 constructs. So, the PLS method was used, which offered, among others, a value of SRMR <0.08, acceptable reliability values ( $\alpha$  Cronbach, composite reliability, and mean extracted variance), demonstrating discriminant validity (HTMT <0.85) and effect sizes of the related constructs (named factors in EFA and CFA). A structure of 5 constructs and 16 items was validated, and the questionnaire was named "Nursing Interactions in Caring - Competence Assessment (NIC\_CA)".

No correlation was obtained between the NIC\_CA questionnaire and the questionnaire chosen as “gold standard”, so the criterion validity could not be studied; however, it was made a scale of competence levels using the median and percentiles values. There was also no convergence between the scores of the NIC\_CA questionnaire and those of the questionnaire that assessed social skill competence.

In summary, this research provides a reliable and valid questionnaire to measure the nurse-patient competence in Nursing Degree students. There is no correlation between nurse-patient competence and social skill competence, so this is not related with higher levels of nurse-patient relationship competence or vice versa. Future researches should study the criterion validity, providing data on sensitivity and specificity, as well as consider the gender perspective in the conceptualization and execution of the behaviours and attitudes that characterize the nurse-patient relationship.

## ABREVIATURAS

AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AGFI	Índice de Bondad de Ajuste ajustado
ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
ANOVA	Analysis of Variance – Análisis de la Varianza
AVE	Varianza Extraída Media
CAI	Caring Ability Inventory
CAPSTI	Caring Attibutes, Professional self, Technological influence Instrument
CARE-SAT	Caring Satisfaction
CBA	Caring Behavior Assessment Tool
CBI	Caring Behaviors Inventory
CBS	Caring Behaviors Scale
CDI	Caring Dimensions Inventory
CES	Caring Efficacy Scale
CFGM	Ciclo Formativo de Grado Medio
CFGS	Ciclo Formativo de Grado Superior
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CMIN	Estadístico chi-cuadrado
CNPI	Caring Nurse-Patient Interactions
COSMIN	Consensus based Standards for the Selection of health Measurement Instruments
D_g	Distancia Geodésica
D_ULS	Distancia Euclidiana al cuadrado
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EESS	Espacio Europeo de Educación Superior
ENQA	European Association for Quality Assurance in Higher Education
GFI	Índice de Bondad de Ajuste
Gráfico Q-Q	Gráfico cuantil-cuantil
HTMT	Criterio Heterotrait-Monotrait
ICAS	Interpersonal Communication Assessment Scale
ICRAS	Inventario de Competencias Relacionales y de Ayuda

ISS	Inventario de Situaciones Sociales
KMO	Kaiser-Meier-Olkin
NCA	Nyberg Caring Assessment
NFI	Índice de Ajuste Normalizado
NIC	Nursing Interventions Classification
NIC_CA	Nursing Interactions in Caring_ Competence Assessment
NOC	Nursing Outcomes Classification
OLS	Mínimos Cuadrados Ordinarios Simples
PLS	Partial Least Squares - regresión de mínimos cuadrados parciales
Q <sup>2</sup>	Redundancia cruzada
RGFI	Índice de Bondad de Ajuste Relativo
RMR	Root Mean square Residual – Raíz cuadrada media residual
RMSEA	Raíz cuadrada del error cuadrático media
ROC	Características Operativas del Receptor
RUCT	Registro de Universidades, Centros y Títulos
SRMR	Residuo cuadrático medio estandarizado
VIF	Factor de Inflación de la Varianza

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>3</b>
2.1 EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR (EES) Y LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES.....	3
2.2. LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA .....	5
2.3. LA EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS.....	9
2.4. MARCO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA.....	13
2.5. LA COMPETENCIA DE RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.....	25
2.6. ANTECEDENTES EN LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN ESTUDIANTES DE GRADO EN ENFERMERÍA .....	39
2.7. LAS HABILIDADES SOCIALES Y LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE .....	40
<b>3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>42</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>43</b>
<b>5. METODOLOGÍA .....</b>	<b>44</b>
5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO .....	44
5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	44
5.3. VARIABLES DE ESTUDIO.....	45
5.4. ESTAPAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
5.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	52
5.6. MATERIAL.....	52
5.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	53
5.8. ESTUDIO DE LA CALIDAD METODOLÓGICA.....	62
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>63</b>
6.1 CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO “NURSING INTERACTIONS IN CARING_ COMPETENCE ASSESSMENT (NIC_CA)” .....	63
6.2. PERFIL DE LA MUESTRA DE ESTUDIO .....	83
6.3. VALIDEZ DE CRITERIO: NIVELES DE COMPETENCIA EN LA INTERACCIÓN DE CUIDADO .....	91
6.4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA COMPETENCIA EN HABILIDADES SOCIALES Y LA COMPETENCIA EN LA INTERACCIÓN DE CUIDADO.....	96
6.5. ESTUDIO DE LA CALIDAD METODOLÓGICA.....	98

<b>7. DISCUSIÓN .....</b>	<b>99</b>
7.1. PROCESO DE VALIDACIÓN CLINIMÉTRICA.....	99
7.2. ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO NIC_CA.....	105
7.3. PERFIL DE LA MUESTRA.....	107
7.4. APLICABILIDAD DEL CUESTIONARIO NIC_CA COMO RÚBRICA DE EVALUACIÓN.....	111
7.5. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA COMPETENCIA EN HABILIDADES SOCIALES Y LA COMPETENCIA EN LA INTERACCIÓN DE CUIDADO.....	112
7.6. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA .....	113
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>115</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>116</b>
<b>10. ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS.....</b>	<b>127</b>
10.1. ÍNDICE DE TABLAS .....	127
10.2. ÍNDICE DE FIGURAS.....	130
10.3. ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	131
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>132</b>
ANEXO 1: Permiso de la Dra. Cossette para el uso del cuestionario “Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI)” y Versión original del cuestionario .....	132
ANEXO 2: Traducciones al español de la versión original del cuestionario.....	136
ANEXO 3: Versión traducida al español y consensuada por el panel de expertos.....	148
ANEXO 4: Retro-traducciones al inglés de la versión consensuada .....	151
ANEXO 5: Permiso Comité de Ética de la Investigación Biomédica de la Junta de Andalucía para el estudio piloto.....	160
ANEXO 6: Permiso Prof. Dr. Joaquín Lima para la recogida de datos del estudio piloto .....	161
ANEXO 7: Permiso Sr. Decano de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla para el estudio piloto.....	162
ANEXO 8: Cuaderno de preguntas y Hoja de respuestas para el estudio piloto .....	163
ANEXO 9: Versión del cuestionario tras la reducción de ítems mediante análisis factorial exploratorio.....	169
ANEXO 10: Cuaderno de preguntas para el estudio de campo .....	171
ANEXO 11: Permiso Dra. Margarita Poblete para el uso del cuestionario NCA.....	178
ANEXO 12: Permiso Dr. Erick Roth para el uso del cuestionario ISS .....	179
ANEXO 13: Ejemplo de formulario de respuestas estandarizado .....	180
ANEXO 14: Permiso Comité de Ética en la Investigación de la Junta de Andalucía para el estudio de campo .....	181



ANEXO 15: Permiso Sr. Decano de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología para la recogida de datos del estudio de campo.....	183
ANEXO 16: Permiso Prof. Dr. José Antonio Ponce Blandón, director del Centro Universitario Cruz Roja de Sevilla, para la recogida de datos en su centro .....	184
ANEXO 17: Permiso Dr. Francisco Ventosa Esquinaldo, director del Centro Universitario San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla), para la recogida de datos en su centro.....	185
ANEXO 18: Permiso Prof. Antonia García Parejo, directora de la Escuela Universitaria de Osuna (Sevilla), para la recogida de datos en su centro.....	186
ANEXO 19: Conversación (correo electrónico) mantenida con la Dra. Jean Watson .....	187
ANEXO 20: Informe remitido a la Dra. Jean Watson para la validación de contenido .....	192
ANEXO 21: Estándares de calidad de la guía COSMIN aplicados al cuestionario NI_CA (160) ..	193
ANEXO 22: Cuestionario “Nursing Interactions in Caring _ Competence Assessment (NIC_CA)”	198

## 1. INTRODUCCIÓN

---

Las recomendaciones del Espacio Común Europeo de Educación Superior pusieron en marcha, en las Universidades de todos los estados miembros, un proceso de remodelación de las titulaciones universitarias hacia la adquisición de competencias y la necesidad de evaluarlas (1,2). Por ello, en el caso del Grado en Enfermería en España, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) proporcionó a las Universidades una relación de las competencias, genéricas transversales y específicas, que debía adquirir el estudiante (3,4). Consecuentemente, revisó y verificó los nuevos planes de estudio, autorizando su puesta en marcha, en la Universidad de Sevilla, en el año 2010 (5).

De entre las competencias genéricas transversales o globales descritas en los planes de estudio verificados por la ANECA, destacan por su implicación en este estudio aquellas relacionadas con la interacción y la comunicación interpersonales (6). Así mismo, es necesario señalar la rúbrica de evaluación como método eficaz, funcional y transparente, para evaluar la adquisición de las mismas por parte del estudiante (7–9).

En el mismo sentido, debe otorgarse importancia histórica al concepto de relación enfermera-paciente o interacción de cuidado, a partir de la fundamentación teórica de la disciplina enfermera. Así, la escuela interaccionista, compuesta entre otras por Peplau, Orlando, o Travelbee, apostaron en sus teorías por centrar los cuidados enfermeros en la relación con el paciente (10,11). Le siguieron Paterson, Zderad, y Katie Eriksson, que sin perder de vista el mismo objeto de estudio, completaron sus teorías con aportaciones todavía más humanistas (12). Destaca no obstante, por su amplio desarrollo basado en una extensa evidencia científica, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, como máximo exponente de los cuidados humanizados en enfermería (13–15).

La identidad metodológica y clínica de la relación enfermera-paciente o interacción de cuidado no puede pasar desapercibida. Destaca su presencia en herramientas como la *Nursing Interventions Classification (NIC)* (16) y la *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (17), así como en algunos estudios realizados acerca de las consecuencias – todas ellas positivas- de su implementación y desarrollo en los cuidados enfermeros desde una perspectiva clínica (18–21).

Por otro lado, la conceptualización de las habilidades sociales como facilitadoras de la interacción entre dos personas, y su similitud de rasgos con los elementos de la relación enfermera-paciente, planteó la posibilidad de asumir que unas pueden estar relacionadas con las otras de forma empírica (22–24).

Con todo ello, la oportunidad de construir una rúbrica de evaluación de la adquisición de competencia en la relación enfermera-paciente, para estudiantes de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla, cobró importancia. Así, el objetivo del presente estudio es la obtención de una herramienta de evaluación que permita al alumno el conocimiento previo de los resultados esperados de su aprendizaje respecto a dicha competencia, y facilitar al docente el desarrollo de una evaluación continua, objetiva, y homogénea. Además, la creación de esta rúbrica de evaluación podría permitir a la Universidad de Sevilla continuar su proceso de enseñanza- aprendizaje en Enfermería, mediante un nuevo discurso educativo y metodología docente que focalicen en los cuidados humanitarios y centrados en la persona.

Del estudio detallado de los diferentes cuestionarios existentes que miden la relación enfermera-paciente, o algún aspecto de la misma, derivó la selección del “Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI)” como base para la construcción de dicha rúbrica. Su exhaustividad en cuanto a la inclusión de conductas y actitudes de cuidado, así como su fundamentación teórica en el modelo de Jean Watson, y su riguroso proceso de validación psicométrica en Canadá, fueron claves en dicha elección. Además, la versión original de 70 ítems, destinada a ser contestada por la enfermera – en base al nivel de competencia percibido por ella misma-, incorpora todos los elementos de la relación enfermera-paciente descritos por diferentes autores, así como los definidos en los planes de estudio verificados por la ANECA para el Grado de Enfermería (5,6,22,25). Igualmente, la selección de la versión de 70 ítems, y no la versión reducida mediante análisis factorial confirmatorio por las mismas autoras (26), pretende evitar la exclusión de alguna conducta o actitud que podría ser significativa y/o importante para la definición del constructo “cuidado” y la evaluación de esta competencia en España.

## 2. MARCO TEÓRICO

---

### 2.1 EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR (EESS) Y LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

El proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EESS) tuvo su inicio el 19 de junio 1999, con la firma de la Carta Magna por los rectores de las Universidades Europeas, en la ciudad de Bolonia (1). Dicho documento, conocido como la “Declaración de Bolonia”, motivó la necesidad de crear una nueva política comunitaria de equivalencia en materia de *status*, títulos universitarios, exámenes y concesión de becas. Por este motivo, se sucedieron una serie de encuentros entre los Estados miembros en diferentes ciudades europeas – Praga (2001), Berlín (2003), Bergen (2005), Londres (2007), y Lovaina-Bélgica (2009) – con el objetivo de consolidar y ampliar la Declaración de Bolonia, analizar logros y establecer nuevas prioridades; en definitiva, alcanzar nuevas políticas para avanzar hacia una Europa unida y homogénea en el ámbito de la Educación Superior (27).

A finales del año 2000 se puso en marcha el “Proyecto Tuning”, entre diferentes Universidades europeas, y fue coordinado por la Universidad de Deusto (España) y la Universidad de Groningen (Holanda) (28). Su pretensión fue compartir y aprovechar la experiencia de todas las universidades participantes, con el objetivo de elaborar propuestas orientativas que les facilitaran el diseño y desarrollo de los planes de estudios propios, en aras de la convergencia europea. El Proyecto desarrolló las siguientes líneas fundamentales (28):

- a) Identificación de las competencias genéricas que deberían desarrollarse en todas las titulaciones.
- b) Identificación de las competencias específicas en las titulaciones estudiadas.
- c) Definición del crédito europeo o “European Credit Transfer System” (ECTS), como medida que permite comparar los distintos currículos de las diferentes universidades europeas.
- d) Estudio del proceso de enseñanza-aprendizaje relacionado con el nuevo sistema educativo, y otras cuestiones como la evaluación, el rendimiento académico, y la calidad. Esta cuarta línea, fue desarrollada durante la segunda fase del “Proyecto Tuning”, en el año 2003 (29).

En relación al proceso de convergencia, los pilares fundamentales objeto de discusión y adaptación, en los sucesivos encuentros entre los Estados miembros, fueron:

- a) Un nuevo sistema de créditos europeos: el Sistema Europeo de Transferencia de Créditos (ECTS). En él, el crédito es la unidad de referencia sobre la que se estructuran y organizan los currículos formativos en los países miembros del EESS.

Además, supone una reformulación conceptual de la organización de los planes docentes, dado que las programaciones y las metodologías se centran ahora en el aprendizaje de los estudiantes – y no exclusivamente en las horas lectivas recibidas-. Por tanto, el crédito europeo es una unidad de valoración del volumen de trabajo total (tanto lectivo, como autónomo) y real del estudiante estándar, expresado en horas, requerido para la superación de la asignatura. Esto es, para la correcta asimilación y adquisición de las competencias fijadas previamente (30).

- b) El concepto de aprendizaje basado en el alumno: el estudiante pasa a construir de forma activa y autónoma su propio conocimiento, basado en la información que el docente le proporciona directamente, o bien que él mismo descubre mediante la búsqueda activa y orientada por el profesor/a (1).
- c) La definición de tres ciclos formativos en educación superior: Grado universitario, Máster, y Doctorado. Así, las enseñanzas de Grado tienen como finalidad la obtención, por parte del estudiante, de una formación general en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional, mediante la adquisición de competencias. El periodo formativo es de 4 años, y culmina con la elaboración y defensa de un trabajo final de Grado (31).
- d) El establecimiento de sistemas de garantía de la calidad en la educación: la “European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA)” elaboró un informe, en 2005, titulado “*Standards and guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area*”. El mismo, detalla las directrices y los criterios para garantizar la calidad interna y externa de las Instituciones conformantes del EESS, así como de las Agencias de Calidad en Europa (32,33).

En el caso de España, el Gobierno delegó en la “Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA)”, la adecuación de las recomendaciones del informe de la ENQA a España, así como el establecimiento de los protocolos de verificación de los títulos universitarios y los procesos de acreditación necesarios (3). La ANECA elaboró el “Protocolo de evaluación para la verificación de las Titulaciones Universitarias oficiales” y puso en marcha el programa “Verifica”, cuya pretensión fue la adecuación de las titulaciones de Grado en España a las recomendaciones europeas. Así, tras este proceso, cada Universidad española elaboró sus memorias de verificación (4).

Por otro lado, la ANECA también realiza labores de auditoría y seguimiento de los criterios de calidad internos, así como de seguimiento y desarrollo de los planes de estudio “verificados” (3).

- e) Formación basada en la adquisición de competencias por parte del estudiante: el *Real Decreto: 1393/2007 de 29 de septiembre* (34), y su modificación por el *Real Decreto 861/2010, del 2 de julio* (35), recoge que los planes de estudio conducentes a la obtención de un título universitario deben centrarse en la adquisición de competencias por parte de los estudiantes. Igualmente, debe hacerse énfasis sobre los métodos de aprendizaje de dichas competencias, así como en los procedimientos para evaluar su adquisición. Por tanto, éstas deben ser medibles y/o evaluables (34,35).

## **2.2. LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA**

Dentro del contexto de las recomendaciones europeas expuesto, España inició su proceso de adecuación legislativa y funcional. Se publicó la *Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre de Universidades*, que establece una nueva estructura de las enseñanzas y títulos universitarios españoles en consonancia con los objetivos establecidos para la construcción del EESS (36). También fue publicado el *Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre*, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, así como el procedimiento de evaluación para su verificación, seguimiento y acreditación (34).

En este sentido, la ANECA elaboró, en colaboración con una red de universidades españolas, el “Libro Blanco” de la Enfermería, como propuesta de adecuación del título de Grado de Enfermería en España al EESS, basado en estudios y supuestos prácticos (6). Su pretensión no fue otra que convertirse en una guía de ayuda no vinculante, para el resto de las universidades españolas, durante el proceso de adecuación de los planes de estudio del Grado en Enfermería. Además, el “Libro Blanco” de la Enfermería recogió la conceptualización de competencia profesional en Enfermería, y la definió como “*aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean*” (6). Por otro lado, presenta una clasificación de las competencias genéricas, correspondientes al título de Grado en Enfermería, que se detallan en la tabla 1:

Tabla 1: Competencias genéricas según el Libro Blanco de Enfermería (ANECA)

COMPETENCIAS GENÉRICAS TRANSVERSALES	
1.	Capacidad de análisis y síntesis
2.	Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica
3.	Planificación y gestión tiempo
4.	Conocimientos generales básicos del área de estudio
5.	Conocimientos básicos de la profesión
6.	Comunicación oral y escrita en lengua materna
7.	Conocimientos de una segunda lengua
8.	Habilidades básicas de manejo de ordenadores
9.	Habilidades de investigación
10.	Capacidad aprender
11.	Habilidades de gestión de la información (buscar y analizar)
12.	Capacidad de crítica y autocrítica
13.	Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones
14.	Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)
15.	Resolución de problemas
16.	Toma de decisiones
17.	Trabajo en equipo
18.	Habilidades interpersonales
19.	Liderazgo
20.	Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar
21.	Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia
22.	Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad
23.	Habilidad para trabajar en contexto internacional
24.	Conocimiento de otras culturas y sus costumbres
25.	Diseño y gestión de proyectos
26.	Iniciativa y espíritu emprendedor
27.	Compromiso ético
28.	Preocupación por calidad
29.	Motivación

Fuente: Libro Blanco de Enfermería (6)

En el Libro Blanco de Enfermería se recogen también 40 competencias específicas, divididas en 6 grupos (6):

- a) **GRUPO I:** Compuesto por 6 competencias relacionadas con los valores profesionales y el rol de la Enfermera; el objetivo es proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad, así como ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad, tanto las actividades autónomas como las interdependientes.
- b) **GRUPO II:** Compuesto por 5 competencias asociadas a la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas. Éstas, suponen emitir juicios y tomar decisiones clínicas sobre la persona, que es el objeto de cuidado. Las mismas, deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Igualmente, se relacionan con el mantenimiento de la competencia a lo largo de toda la vida profesional, mediante la formación continuada.

- c) **GRUPO III:** Compuesto por 6 competencias relacionadas con el adecuado uso de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos; están basadas en la realización de valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad, asegurando en todo momento la seguridad de la persona que los recibe, y la de uno mismo. Además, engloba también todas las competencias relacionadas con la educación y promoción de la salud.
- d) **GRUPO IV:** Compuesto por 8 competencias cognitivas y de conocimiento, que deben mantenerse actualizadas, en consonancia con los avances tecnológicos y científicos. De igual forma, deben contemplar en todo momento la seguridad de la persona objeto de los cuidados, así como sus derechos y su dignidad.
- e) **GRUPO V:** Compuesto por 8 competencias interpersonales y de comunicación, en las que se incluye el manejo de las nuevas tecnologías como soporte a dicha comunicación. Además, debe ofrecerse información adaptada a las necesidades del interlocutor, estableciendo una comunicación fluida y proporcionando un óptimo soporte emocional. Igualmente, engloban el uso de sistemas de registro y de gestión de la información, utilizando el código ético y garantizando la confidencialidad de los datos.
- f) **GRUPO VI:** Compuesto por 7 competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo; están relacionadas con la capacidad para trabajar y liderar equipos, así como garantizar la calidad de los cuidados prestados a las personas, familias y grupos, optimizando los recursos.

Finalizado el proceso de verificación, cada Universidad solicitó al Gobierno de su Comunidad Autónoma el debido permiso para la implantación del título, y seguidamente, fue incluido en el “Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT)” para su consulta pública (37,38).

### 2.2.1. TÍTULO DE GRADO EN ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

La Universidad de Sevilla realizó el proceso de adecuación del título de Grado en Enfermería, y fue verificado por la ANECA el 6 de julio de 2009 (38). Se publicó la *Resolución de 13 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Universidades, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 30 de octubre de 2009, en el que se establece el carácter oficial de determinados títulos de Grado y su inscripción en el “Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT)”* (39). También se publicó el *Decreto 302/2009, de 14 de julio, por el que se autoriza la implantación de enseñanzas universitarias*



*de Grado, Máster y Doctorado, y se actualiza el catálogo de enseñanzas universitarias conducentes a la expedición por las Universidades Públicas de Andalucía de títulos oficiales(40), como autorización de la Junta de Andalucía para la implantación del nuevo título en su territorio, y la Resolución de 20 de diciembre de 2010, de la Universidad de Sevilla, por la que se establece el plan de estudios de Graduado en Enfermería (41) - modificada por la Resolución de 31 de mayo de 2017 de la Universidad de Sevilla (42)-.*

La conformación del plan de estudios del Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla, se distribuye tal como muestra la tabla 2 (42):

Tabla 2: Distribución del plan del Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla

TIPO DE MATERIA	CRÉDITOS
Formación Básica	63
Asignaturas Obligatorias	81
Asignaturas Optativas	6
Prácticas Externas	84
Trabajo Fin de Grado	6

Fuente: Plan de Estudios de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla (42)

Además, el plan de estudios se estructura en módulos temáticos, entre los que destacan por su implicación en el presente estudio (42):

- a) Ciencias psicosociales aplicadas a la salud: compuesto por 2 asignaturas de formación básica.
- b) Enfermería de salud mental: compuesto por 1 asignatura obligatoria.
- c) Asignaturas optativas: 7 asignaturas, entre las que se encuentran:
  - Procesos Psicológicos en los Usuarios del Sistema de Salud.
  - Psicología Social Aplicada a los Cuidados de Enfermería.
  - Sociología de la Salud.

La organización temporal de las asignaturas del plan de estudios se desarrolla a lo largo de 4 años académicos, en formato de clases de “grupo grande” – en las que se presentan los contenidos teóricos al estudiante- y seminarios de “grupo pequeño” –en los que se trabajan competencias, a partir de resolución de problemas o pequeños trabajos de investigación/documentación-, para cada asignatura. En el caso de las asignaturas de Praticum, el alumno desarrolla prácticas clínicas en centros hospitalarios, de atención primaria, y/o en otros recursos socio-sanitarios, con el objetivo de que adquiera competencias clínicas. Dichas estancias, van precedidas de un cierto número de seminarios prácticos, en los que el estudiante aprende la correcta ejecución de técnicas de enfermería aplicándolas a “muñecos simuladores”. Por último, el estudiante debe realizar un Trabajo Final de Grado,

basado en una revisión bibliográfica, un caso clínico, o bien, en la elaboración de un programa de salud (43).

Los centros adscritos a la Universidad de Sevilla, en los que existe docencia del Grado en Enfermería, según el “Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT)”, son tres (38):

- a) Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja de Sevilla: este centro mantiene el plan de estudios, así como su organización temporal y funcional, publicado en la *Resolución de 31 de mayo de 2017 de la Universidad de Sevilla, por la que se establece el plan de estudios de Graduado en Enfermería* (42). No obstante, respecto a las asignaturas optativas disponibles, y en cumplimiento del número de créditos optativos mínimos, únicamente oferta la asignatura “Atención a múltiples víctimas y ayuda humanitaria” (44).
- b) Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios de Sevilla: este centro contempla las mismas especificaciones y asignaturas optativas detalladas en el centro adscrito anterior (45).
- c) Escuela Universitaria de Osuna (Sevilla): este centro mantiene el plan de estudios, así como su organización temporal y funcional, publicado en *la Resolución de 31 de mayo de 2017 de la Universidad de Sevilla, por la que se establece el plan de estudios de Graduado en Enfermería* (42). Respecto a las asignaturas optativas disponibles para el alumno, oferta las siguientes: “Psicología Social Aplicada a los Cuidados de Enfermería”, “Terapias Alternativas en Cuidados de Salud”, y “Atención a múltiples víctimas y ayuda humanitaria” (46).

### 2.3. LA EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS

El proceso de convergencia conllevó un cambio en la concepción pedagógica del sistema educativo universitario, que actualmente debe focalizarse en el aprendizaje centrado en el alumno. Al respecto, la *Declaración de Berlín del año 2003*, hacía mención a la necesidad de que todos los Estados miembros describieran las calificaciones de sus sistemas de educación superior en términos de aprendizaje, adquisición de competencias, y definición de perfiles profesionales (32). Así, se inició un proceso de cambio evaluativo, diseñado ahora en términos de resultados de aprendizaje de los estudiantes, respecto a las competencias generales y específicas de cada titulación (8). Igualmente, estos nuevos sistemas evaluativos dejaron de ser “reservados”, y pasaron a ser “conocidos previamente por los estudiantes”, a modo de “criterio de evaluación” –aquello en lo que debe demostrarse competencia en el

momento de la evaluación-, en cumplimiento de la premisa de EEES: “aprendizaje basado en el alumno”. Además, la evaluación de la competencia permite identificar las brechas existentes en el desempeño de la misma, así como las conductas requeridas para alcanzar los objetivos de aprendizaje (47).

En el mismo sentido, Villa y Poblete especificaron algunos principios relevantes en este nuevo sistema de evaluación de competencias (48):

- a) El sistema debe ser integral, y no de cada uno de sus elementos constituyentes por separado.
- b) Es un proceso referido a objetivos o criterios, estructurados en niveles de dominio. Esto es, para cada competencia deben establecerse el nivel deseado, dentro de los niveles de dominio posibles, así como los indicadores de su consecución y las evidencias de los mismos.
- c) El aprendizaje basado en competencias debe ser “profundo”, según las aportaciones de Marton y Säljö (49,50), permitiendo el desarrollo de habilidades intelectuales superiores, actitudes, y favoreciendo la independencia del estudiante ante situaciones parecidas.
- d) El proceso de evaluación debe clarificar y explicitar al estudiante los criterios requeridos previamente al momento de su evaluación; con ello, se facilita que comprenda exactamente lo que se espera de él/ella.
- e) La perspectiva de la evaluación por competencias debe integrar la autoevaluación del estudiante, como instrumento de autocrítica que mejora su propio aprendizaje; además la misma en sí, es ya otra competencia que también debe adquirir.
- f) El proceso de evaluación debe hacerse de forma conjunta “docente-estudiante”, aportando el valor añadido de la objetividad y la transparencia del proceso evaluativo.
- g) El rol del docente es de “elemento facilitador”, en lugar de “instructor”.

A partir de la reestructuración de la concepción del proceso de enseñanza-aprendizaje, aparecieron en escena diferentes técnicas e instrumentos para la evaluación de competencias; entre ellas se encuentran los mapas conceptuales (51), entrevistas con el estudiante (8), portafolios(52) , y aprendizaje colaborativo (53).

### 2.3.1. RÚBRICAS DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

Las rúbricas de evaluación emergieron también como nuevo instrumento de medida de los resultados de aprendizaje de los estudiantes (8). Las mismas, fueron concebidas para ser difundidas abiertamente, antes del proceso evaluativo, entre los estudiantes. De esta forma,

éstos se convierten en responsables de su propio aprendizaje – dado que conocen previamente los criterios de evaluación y las competencias exigidas-. Por otro lado, también se responsabilizan del desarrollo de su propio estilo de aplicación de los nuevos conocimientos a nuevas situaciones, de la integración de aptitudes y valores, así como de la incorporación de técnicas y métodos en su modo de actuar y afrontar dichas situaciones (54).

Conceptualmente, las rúbricas de evaluación pueden definirse como instrumentos de medida que describen las expectativas en el desempeño de la tarea (55). También se definen como instrumentos de medición, estructurados en tablas, en los que deben especificarse los criterios y estándares según niveles de dominio (56). Están basadas en una escala cuantitativa y/o cualitativa, asociadas a unos criterios preestablecidos, que miden las acciones del estudiante en relación a determinados aspectos de la tarea o actividad por la que están siendo evaluados (7). Además, cabe destacar que el uso de la rúbrica implica la puesta en marcha de tres procesos cognitivos, tanto por parte del docente -cuando evalúa-, como del estudiante, -cuando se auto-evalúa- (9):

- Puntuar: identificar dentro de la escala, y para cada criterio, la descripción del desempeño o ejecución de la tarea específica que se ajusta más a la conducta observada.
- Interpretar: localizar la columna o sección de la rúbrica que mejor describe el nivel de dominio del indicador que se está evaluando.
- Juzgar: comparar el nivel de rendimiento observado con el estándar especificado en la rúbrica, según las evidencias que lo sustentan.

Estos tres procesos cognitivos deben llevarse a cabo con la mayor objetividad y transparencia posibles (9).

Véase la tabla 3, como ejemplo gráfico de una rúbrica de evaluación, extraída de Cano (8):

Tabla 3: Ejemplo de rúbrica de evaluación

CRITERIOS DE RESULTADO	PASABLE	CORRECTO	BIEN	EXCELENTE
Uso de Internet	Necesita ayuda para usar los enlaces sugeridos	Usa ocasionalmente los enlaces sugeridos	Es capaz de utilizar los enlaces para encontrar la información	Utiliza con éxito los enlaces para encontrar la información
Informe/resumen	El informe es difícil de leer, aunque cuenta con la información pedida	El informe incluye la mayor parte de la información solicitada, pero cuesta comprenderlo	El informe incluye la información solicitada y es comprensible	El resumen está claramente detallado e incluye toda la información solicitada.

Fuente: Cano, E (8)

La creación y/o identificación de la mejor rúbrica de evaluación de una competencia debe responder a criterios de validez y fiabilidad (57). Así, la rúbrica deberá

medir exactamente el concepto o constructo para la que fue diseñada y por tanto será válida, si la medida obtenida refleja lo que realmente pretende medir. La validez, además, consta de dos elementos (57):

- a) Validez de contenido, relacionada con la correcta medición del constructo que se desea medir.
- b) Validez de criterio, que determinan la calificación del estudiante, mediante la comparación entre la ejecución observada y la ejecución esperada.

De igual forma, la rúbrica será fiable si no existen errores de medida. Esto es, existe consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos, tanto si son re-examinados con la misma prueba diversas veces, o bien en condiciones de evaluación diferentes (57). Entre los factores de los que depende la fiabilidad, son fundamentales (57):

- a) La adecuación de los contenidos a la competencia evaluada y al nivel formativo en que se encuentra el estudiante.
- b) La amplitud de la muestra de ítems, casos o situaciones evaluadas.
- c) El tiempo de duración de la prueba.
- d) Las características de las preguntas que se hacen, de las acciones que se describen y de las instrucciones que se dan para su realización.
- e) La calidad de los sistemas de puntuación y de calificación.

Cabe destacar que la elección de una rúbrica de evaluación, o la creación de la misma, debe responder a un proceso de validación psicométrica, siendo la validez y la fiabilidad los elementos mínimos necesarios para garantizar la calidad y el uso del instrumento en un determinado contexto educativo (57).

Además, las rúbricas de evaluación, empleadas en el Grado en Enfermería, conllevan dos ventajas importantes, respecto a otros métodos de evaluación: por un lado, permiten la evaluación continuada del estudiante, así como un proceso de retroalimentación para el mismo, que le permite mejorar y aprender; por otro, facilitan la consistencia de la evaluación de los docentes, de manera que ésta no sufra modificaciones ni alteraciones, y sea estable en el tiempo. Igualmente, desde el punto de vista del estudiante, las rúbricas de evaluación le permiten comprender previamente el sistema de evaluación, así como los resultados de aprendizajes esperados por parte del docente. Le permiten también el desarrollo de su razonamiento crítico, y la propia puesta en marcha de estrategias de mejora y solución de problemas (58).

## 2.4. MARCO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA

### 2.4.1. LA ESCUELA INTERACCIONISTA

La disciplina enfermera, a lo largo de su evolución histórica, ha estado influenciada por diferentes perspectivas paradigmáticas (11). Entre ellas, se encuentran la perspectiva particular determinista – en la que el cuidado se convierte en una intervención terapéutica que afecta a la salud de otras personas, y cuyos resultados son medibles-, la perspectiva unitaria-transformativa – en la que el ser humano es más que la suma de sus partes, y está en constante relación con otros seres y con el ambiente que lo rodea-, y la perspectiva interactiva-integrativa – en la que la persona debe ser considerada como un ser holístico, que necesita de la interacción con otras personas y experiencias de vida, para encontrar su significado personal- (11). Ésta última perspectiva fundamentó la aparición de la “escuela de la interacción”, como un conjunto de autoras enfermeras, cuyas teorías entienden comúnmente que el cuidado de enfermería es una relación humana y social, caracterizando así su objeto de estudio (11).

La “escuela de la interacción” emergió en los años 50 del siglo XX, muy vinculada a la teoría psicoanalítica y a la fenomenología existencialista, que dominaban el panorama filosófico del momento histórico. También se fundamentó, algunos años más tarde, en la teoría humanista que apareció tras la 2ª Guerra Mundial (11). En esencia, según Kérrouac y cols (11), el cuidado, desde el punto de vista de esta escuela, es considerado como un proceso interactivo entre una persona<sup>1</sup> que necesita cuidados y otra que es capaz de proveerlos. Esta última, el profesional de enfermería, debe clarificar sus valores, y convertirse ella misma en instrumento terapéutico, adquiriendo en todo momento un compromiso con el cuidado y la persona cuidada (11). Las autoras consideradas como pertenecientes a la “escuela interaccionista” son Hildegard Peplau, Imogene King, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Joan Riehl-Sisca y Ernestine Wiedenbach (11,59). No obstante, de entre todas ellas, destacan las siguientes:

Hildegard E. Peplau propuso en 1952 la *Teoría de las Relaciones Interpersonales*, cuya fundamentación se encuentra en las teorías de Abraham Maslow, Sigmund Freud, y Erick Fromm. La autora, define la enfermería como un proceso interpersonal terapéutico, y a la vez, como un instrumento educativo. Además, el objetivo de la relación enfermera-paciente es ayudar a este último en la resolución de los problemas que interfieren en su vida diaria. El paciente<sup>1</sup> y la enfermera<sup>1</sup> contribuyen y participan en la promoción de la interacción que se da

---

<sup>1</sup> En adelante, las palabras “enfermera”, “persona”, “paciente”, “traductor” hacen referencia a ambos sexos

entre ellos. Ambos, son concebidos como seres humanos con sus propias percepciones, sentimientos, pensamientos, deseos, presuposiciones, y expectativas. No obstante, la enfermera posee un conocimiento especializado, y una competencia específica, para proveer los cuidados que la persona necesita (61, 62).

El proceso interpersonal propuesto por Peplau, se compone de cuatro fases (61, 62):

- 1ª) Fase de Orientación: la persona siente una necesidad y busca atención profesional; por ello, la enfermera ayuda al individuo a reconocer y comprender su problema de salud, con el objetivo de determinar su necesidad de cuidados.
- 2ª) Fase de Identificación: la persona cuidada se identifica con los profesionales que le brindan cuidados. De igual forma, la enfermera favorece la exploración de las sensaciones, y la expresión de los sentimientos relacionados con su propia percepción del problema, para ayudar a la persona a sobrellevar la enfermedad; realiza estos procesos reforzando los recursos positivos de la misma, en aras de proporcionarle la satisfacción que necesita.
- 3ª) Fase de Explotación: la persona cuidada procura extraer de la relación de cuidado todo lo positivo de la misma, obteniendo los mayores beneficios posibles.
- 4ª) Fase de Resolución: la persona cuidada es capaz de fijar nuevas metas, a la vez que se independiza del proceso de identificación con la enfermera como apoyo y referente de los cuidados que precisa.

En resumen, la teoría de Peplau concibe la relación enfermera-paciente como instrumento de desarrollo interpersonal terapéutico. Igualmente, parte de una concepción psicodinámica del rol profesional, en el que la enfermera desarrolla un conocimiento de su propia conducta, que le permite actuar como facilitadora; esto es, como vehículo mediante el cual, la persona cuidada, identifica sus problemas transitando a través de una relación interpersonal con la enfermera –que transcurre en cuatro fases-, que finaliza con la resolución de dichos problemas, y con la independencia de la persona para la gestión de sus propios cuidados (60).

Ida Jean Orlando publicó en 1961 la *Teoría del Proceso de Enfermería Deliberativo*, cuyo objetivo general fue la propuesta de una "teoría de la práctica de enfermería eficaz". La misma, se basa en el establecimiento de una relación recíproca – es decir, "lo que uno hace, afecta al otro" y viceversa- y eficaz entre la persona y la enfermera (10). Por otro lado, la autora no reconoció nunca fundamentación teórica alguna respecto a su teoría, por lo que el desarrollo de la misma fue fruto de su propio pensamiento – aunque basado en datos clínicos recogidos durante su propia práctica asistencial-. Así, registró y analizó, con una metodología

cualitativa, 200 contactos entre enfermera y paciente, y a partir de los mismos desarrolló su teoría (10). Sus principales asunciones de la misma son las siguientes (10):

- a) La función profesional de la enfermería es el descubrimiento de las necesidades inmediatas de ayuda y cuidado de las personas, así como la satisfacción de éstas.
- b) Una persona se convierte en objeto de cuidado por parte del profesional de enfermería cuando no puede satisfacer sus necesidades de ayuda por sí misma – debido a limitaciones físicas, o reacciones negativas al entorno o a su situación de salud-.
- c) El proceso de acción del profesional de enfermería es el establecimiento de la relación enfermera-paciente propiamente dicha. Ésta, se convierte en el instrumento de la enfermera para la satisfacción de necesidades de la persona cuidada. De igual forma, este proceso de acción debe ser deliberado y automático.

Según Orlando, el proceso de enfermería está compuesto por tres elementos (10):

1º La conducta de la persona: incluye respuestas verbales y no verbales, que deben ser observadas y analizadas por la enfermera

2º La reacción del profesional de enfermería: basada en la conducta observada del paciente.

3º Las acciones de enfermería que se establecen para el beneficio de la persona: deben ser deliberadas y automáticas.

El resultado final del proceso de enfermería es la satisfacción de la necesidad de la persona cuidada, y la disminución de su angustia.

Joyce Travelbee planteó en 1966 el *Modelo de Relación persona-persona*, basado en la filosofía existencialista americana, con la figura del psicólogo Rollo May como base, y en las aportaciones del neurólogo y psiquiatra austriaco, Víctor Frankl, alrededor de los conceptos de relación enfermera-paciente, sufrimiento, y dolor (10,61). La autora, que desarrolló su actividad enfermera asistencial en psiquiatría, elaboró su teoría en base a su propia definición del meta-paradigma enfermero (10):

- La enfermería se basa en un proceso interpersonal, en el que la enfermera focaliza su acción en ayudar a la persona o comunidad a prevenir y/o afrontar la experiencia de enfermedad, y el sufrimiento derivado de la misma – ayudando, de igual forma, a construir el significado de su situación de salud-.

La enfermera es un ser humano dotado de conocimientos especializados, con capacidad para aplicarlos al proceso interpersonal. Éste es recíproco y se conseguirá mediante las diferentes interacciones con la persona.

- La persona objeto del cuidado es un ser humano.



- La salud es entendida como subjetiva, dado que es una sensación de bienestar física, emocional y espiritual, percibida por la persona.
- El entorno queda definido como el contexto de sufrimiento, dolor, esperanza, y comunicación, que rodean la situación de enfermedad.

De entre sus asunciones teóricas, destaca la definición del objetivo de la enfermería en términos del establecimiento de una relación persona-persona eficaz, que es recíproca. La misma, debe convertirse en un proceso de ayuda a la persona cuidada, puesto que ésta experimentará, en algún momento de su vida, situaciones de sufrimiento mental, físico, y/o espiritual que deberá afrontar. Al respecto, es responsabilidad del profesional de enfermería prestar la ayuda necesaria, de modo que la persona sea capaz de dar significado a la situación que está viviendo, y afrontarla. La enfermera debe planificar y dirigir la interacción hacia la resolución y afrontamiento del sufrimiento de la persona (10, 62).

Travelbee identificó cinco fases en la relación enfermera-paciente (10):

- a) Fase del encuentro original: tiene lugar el primer contacto de la enfermera con la persona o comunidad, y se da un proceso de observación y/o identificación de conductas, sentimientos y pensamientos del otro/a. Los mismos, determinarán las consecuentes reacciones y comportamientos.
- b) Fase de emergencia de identidades: la relación interpersonal empieza consolidarse, y ambas partes identifican al otro/a como ser humano único.
- c) Fase de empatía: aparece el deseo de entender y/o comprender al otro/a, ya sea por curiosidad, o por la voluntad de prestarle ayuda – como sería el caso de la enfermera-. La habilidad de predecir o comprender al otro/a está mediada por las experiencias personales; esto es, “no se puede percibir algo que no se ha experimentado”.
- d) Fase de simpatía: deriva directamente de la fase anterior, y nace del deseo expreso de la enfermera por aliviar el sufrimiento de la persona. Igualmente, la simpatía, como experiencia, debe ser compartida por ambas partes, y su objetivo es la transmisión al otro/a de la preocupación de la enfermera por su sufrimiento, y por la identificación de soluciones para el mismo.
- e) Fase de entendimiento: situación definida como experiencia, por ambas partes, en la que, tras la empatía y la simpatía, se ha conseguido un “conocimiento y una comprensión” del otro/a.

Imogene King propuso en 1971 la *Teoría de la Consecución de Objetivos*, basada en las aportaciones de Von Bertalanffy respecto a la Teoría General de Sistemas. Más adelante,

en 1981, perfeccionó sus ideas, completando así su teoría final. Define la enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción entre la enfermera y la persona, estableciendo que ambos son sistemas abiertos que interactúan con el ambiente, y entre sí. Respecto a los mismos, la autora focaliza su atención en diferentes elementos que los caracterizan: comunicación, interacción, percepción, roles, tiempo/espacio, transacción, crecimiento y desarrollo (62). Además, la interacción de la enfermera con la persona tiene lugar en un acto social, y como tal, se basa en las siguientes asunciones (61,62):

- La percepción de la enfermera, y de la persona con la que se relaciona, influyen en la interacción entre ambas.
- La percepción es una dimensión del sistema personal – entendido como un conglomerado que incluye la propia percepción, la idea del “yo”, la imagen corporal, el tiempo, el espacio, y la capacidad de aprendizaje -, siendo a la vez un aspecto central de la interacción humana.
- Los objetivos, las necesidades, y los valores de la enfermera y de la persona con la que se relaciona, influyen en el proceso de interacción.
- Las personas deben participar en las decisiones que afectan a su estado de salud.
- El profesional sanitario tiene la responsabilidad de informar y ayudar a la persona en la toma de decisiones que afectan a su persona.

Por otro lado, King suscribe la relación enfermera-paciente dentro del propio proceso enfermero, teniendo en cuenta que ambos reaccionan ante el otro/a, emiten juicios, y llevan a cabo acciones consecuentes. Así, ambos interactúan en todo momento, consensuando objetivos, que serán abordados por la enfermera a través del proceso de planificación de cuidados y de la ejecución de éstos. La evaluación del resultado del proceso enfermero se llevará a cabo de forma consensuada y participativa. Igualmente, dicha interacción, en términos de relación enfermera-paciente, fundamentará y retro-alimentará todo el proceso enfermero de cuidados (62).

#### 2.4.2. MODELOS CONCEPTUALES DERIVADOS DE LA ESCUELA INTERACCIONISTA

##### 2.4.2.1. EL MODELO CONCEPTUAL DE JOSEPHINE PATERSON Y LORETTA ZDERAD

Josephine Paterson y Loretta Zderad, enfermeras especialistas en salud pública y psiquiatría, respectivamente, y profesoras en la Universidad de Boston, publicaron en 1976 su teoría *Humanistic Nursing Theory – Teoría Humanística del Cuidado* (63). Estas autoras partieron de la concepción de la ciencia enfermera desde una perspectiva fenomenológica,

concibiéndola como una experiencia existencial (63). Definieron el proceso de cuidados en términos de una persona/familia/comunidad que pide ayuda, y un profesional de enfermería que recibe dicha petición de ayuda y emite una respuesta. Ésta última, está vehiculada por el diálogo, entendido como la unión entre la teoría y la práctica enfermeras. De igual forma, durante ese diálogo, la enfermera y la persona están disponibles “la una para la otra”, poniendo énfasis en una escucha activa y dirigida a los sentimientos, deseos, y comportamientos de ambas, con el objetivo de planificar de forma conjunta el proceso de cuidados. Por otro lado, las personas son concebidas como únicas, poseedoras de capacidad intrínseca y libertad para elegir cómo responder a las situaciones que las rodean. El objetivo de esta relación interpersonal es el bienestar. Además, las autoras conciben la relación enfermera-paciente como una transacción, cuyo significado está relacionado con la conciencia enfermera del otro y de sí misma, basada en sus propias experiencias vitales –presentes o pasadas- (63). Por otro lado, ésta entrelaza su conocimiento, su identidad profesional, y sus experiencias vitales, en un conjunto de recursos, de los que se sirve para emitir una respuesta enfermera a la petición de ayuda de la persona (63).

#### 2.4.2.2. EL MODELO CONCEPTUAL DE KATIE ERIKSSON

Nacida en 1943 en Finlandia, Katie Eriksson, enfermera especialista en salud pública y profesora en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Kuopio (Finlandia), presentó en 1982 su *Theory of Carative Caring - Teoría del Cuidado Caritativo* (64). Desde su perspectiva, el cuidado es la esencia de la ciencia de cuidar en base a la existencia de un “sufrimiento” por parte de la persona, que evoca en la enfermera el acto de cuidar. Por tanto, el cuidado debe ser visto como el instrumento para el alivio del “sufrimiento”, mediante el amor, la caridad, la fe, y la enseñanza; igualmente, el cuidado está siempre basado en un proceso de enseñanza-aprendizaje y en la evidencia científica. En sí, es mucho más que un comportamiento; conlleva una simbiosis entre la enfermera y la persona, y supone el contexto en el que se desarrolla el cuidado (64).

Eriksson definió los conceptos principales de su teoría tal como sigue (64):

- a) Caritas: es el motivo fundamental de la ciencia del cuidado. Así, hace referencia a la concepción del cuidado como la misión u objetivo, en el que intervienen la fe, la esperanza, y el amor.
- b) Ética asistencial del cuidado: relacionada con la ética del cuidado en sí; considera como su parte central el propio “caritas”, y como elemento sustancial, la dignidad de la persona.

- c) El “ser humano que sufre”: conceptualización del objeto de cuidado como paciente (etimológicamente, la palabra “paciente” deriva del latín *patiens*, que significa sufrimiento).
- d) Cultura del cuidado: describe la realidad asistencial, y en ella, participan elementos culturales, como son las tradiciones y los valores de la persona o comunidad.
- e) “Reconciliación”: significa un nuevo estado de la persona, cuando ha vencido el sufrimiento y ha restaurado su vida.

Además, Eriksson entiende que la estructura interna del cuidado supone el propio *caritas*, mientras que la estructura externa del mismo está relacionada con el proceso asistencial enfermero, que debe ser estructurado en base a un proceso de sucesos hermenéutico (64).

### 2.4.3. EL MODELO CONCEPTUAL DE JEAN WATSON

Jean Watson, enfermera norteamericana, especialista en enfermería de salud mental, y profesora emérita de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Colorado, ideó y publicó su teoría enfermera en 1985. Actualmente, dirige el *Instituto Watson de la Ciencia del Cuidado*, que ella misma fundó en 2007 (65). Su teoría enfermera, *Human Caring Theory – Teoría del Cuidado Humano* (66), se fundamentó no sólo en la escuela interaccionista descrita anteriormente, sino también en diferentes corrientes de pensamiento y autores – todos ellos con el mismo grado de importancia e influencia en el desarrollo de su modelo- que se exponen a continuación (13):

En primer lugar, la escuela de pensamiento humanista sustentó parte de la conceptualización de sus asunciones filosóficas (13). De entre sus autores, cabe destacar a Abraham Maslow, quién planteó una teoría en 1941, respecto a la motivación humana, que organizó visualmente como una pirámide con cinco eslabones (67). Cada uno de los mismos, representa un “tipo de necesidad” de la persona, ordenadas jerárquicamente desde las más básicas – en la base de la pirámide-, hasta las más complejas – en la cúspide. De esta forma, es necesaria la satisfacción de cada uno de los eslabones de la pirámide, para escalar al siguiente, con el objetivo de alcanzar el último eslabón. Las necesidades representadas por cada uno de ellos son las siguientes – desde la más básica, a la más compleja -: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia/afiliación, estima/reconocimiento, y finalmente, autorrealización. Una vez realizado el recorrido por la satisfacción de todas las necesidades expuestas y, por tanto, una vez alcanzado el eslabón más alto de la pirámide, la persona se encuentra completa. Para ello, se mueve y/o asciende a través de ese entramado de eslabones, ayudada por su propia motivación para la satisfacción de las necesidades descritas (67). Por

otro lado, Carl Rogers inició la corriente de pensamiento humanista en psicología (68). Su aportación teórica a dicha corriente, la *Terapia Centrada en la Persona – Person-Centered Approach*, publicada en 1951, concibe un proceso de interacción mutua entre terapeuta y cliente, considerando la empatía como elemento principal para lograr el proceso de comunicación entre ambos. Además, otros elementos importantes, mediadores en esta interacción son la aceptación incondicional y escucha activa, creando un contexto en el que el cliente pueda expresar libremente sus sentimientos y emociones. El objetivo fundamental de esta interacción no es el conocimiento teórico del terapeuta en sí, sino la vivencia del cliente de aquello que le está sucediendo, y qué significado le otorga (68).

En segundo lugar, cabe destacar las aportaciones filosóficas de Sören Kierkegaard a la teoría de Jean Watson, considerado éste como padre del existencialismo. Este autor teorizó, ya desde su primera obra en 1841, respecto a la condición de la existencia humana, y centró su pensamiento alrededor de los conceptos de individuo, subjetividad, libertad, responsabilidad, y angustia (69). De su ideología, nacieron seguidores y adeptos, como Jean Paul Sartre, que también inspiró en cierta medida a Jean Watson. Este último, exponente del existencialismo y del marxismo humanista, también reflexionó en su antología filosófica (desde 1943 hasta 1964) respecto a los conceptos de libertad y responsabilidad. Esta última, fue definida por Sartre como la responsabilidad de uno mismo respecto su propio camino y su propia evolución (69).

En tercer lugar, Jean Watson refiere haber recogido influencias en su teoría del pensamiento de Alfred North Whitehead, quien presentó su teoría *Filosofía del Proceso* en 1956 (70). Este matemático y filósofo inglés, presentó una visión del mundo – la realidad - como una red de procesos interrelacionados, de los que el ser humano forma parte. De igual forma, las decisiones y acciones de las personas tienen consecuencias para el mundo que las rodea, y para ellas mismas. Por otro lado, Whitehead también reflexionó acerca de aspectos relacionados con la *principia mathematica*, la religión, y la concepción de la realidad. Respecto a esta última, el autor la conceptualiza como un conjunto de eventos interrelacionados, que juntos se convierten en un proceso. La realidad es pues, un conjunto de procesos dinámicos, cuyos elementos cambian y evolucionan (70).

En cuarto lugar, debe mencionarse también la influencia en la teoría de Watson, de Pierre Teilhard de Chardin, filósofo y religioso francés. Este autor reflexionó, a lo largo de las obras que escribió desde 1920 hasta su fallecimiento en 1965 – algunas de ellas, fueron difundidas y publicadas de forma póstuma por otros religiosos de su congregación-, alrededor de cuatro elementos (71):

- El tiempo: presentado como la cuarta dimensión de la realidad; esto es, la evolución del mundo, desde sus inicios, involucra esta nueva dimensión como actor principal. Así, el cambio y la evolución, se convierten en algo esencial.
- La evolución universal: entendida como la evolución de todos los elementos del mundo, y no sólo la vida. Incluye pues, la evolución de la materia y del pensamiento. Además, propone la necesidad de atribuir un sentido a esta evolución universal.
- Principio de complejidad-conciencia: la evolución universal se caracteriza por un principio descriptivo de mayor complejidad. Así, existe una tendencia general al logro de mayores niveles de complejidad, y a su vez, de mayores niveles de conciencia.
- El *punto Omega* como meta de la evolución: concebido como una colectividad de conciencias armonizada; como una pluralidad de reflexiones agrupadas creando el acto de una sola reflexión unánime.

En quinto lugar, las aportaciones de Irwin Yalom fueron otra fuente de inspiración en el desarrollo de la teoría de Jean Watson. Este autor, catedrático de la Universidad de Stanford (Estados Unidos) y psicoterapeuta, es considerado uno de los principales representantes de la corriente de pensamiento existencial en Estados Unidos - con una fuerte influencia de la teoría de Rollo May- (72). La teoría de Yalom, publicada en 1980, plantea cuatro preocupaciones existenciales, concebidas como conflictos internos que la persona debe resolver: la muerte, la libertad, el aislamiento, y la carencia de un sentido vital. Así, el individuo deberá pensar y construir extensamente qué significa la muerte, cómo conseguirá sentirse libre, qué estrategias llevará a cabo para evitar su aislamiento, y finalmente, qué sentido o significado le da a su situación de vida. Igualmente, debido a la naturaleza esencial de dichas preocupaciones, la no resolución de las mismas provoca una situación de ansiedad y/o sufrimiento en la persona. Por el contrario, su resolución se relaciona con el enfrentamiento del individuo a los supuestos básicos de la existencia (72).

En sexto lugar, Jean Watson tuvo también en consideración las aportaciones de Emmanuel Lévinas, filósofo y escritor lituano que difundió la fenomenología alemana en Francia, aunque también realizó aportaciones al existencialismo, la ética, y la filosofía judía. Consagró su vida y su obra a la reconstrucción del pensamiento ético tras las 2ª Guerra Mundial. Así, como superviviente de los campos de concentración *nazis*, Lévinas desarrolló su teoría, publicada en 1947, alrededor del concepto de *la ética del otro* (73); esto es, el principio ético de la persona es el *encuentro con el otro*, así como la *experiencia del otro*. De

esta forma, este *encuentro con el otro* debe ser “cara a cara”, y es inevitable el hecho de que la cercanía o la lejanía del otro, tienen un efecto para ambos. Además, el *rostro del otro* frente a uno mismo genera un sentimiento de compromiso, puesto que se toma conciencia de su existencia y nace la necesidad de considerarlo (73).

A partir de todas las influencias descritas anteriormente, Jean Watson elaboró su *Teoría del Cuidado Humano* como evolución contemporánea de la escuela interaccionista de las teorías enfermeras, y de otras teorías que emergieron de la misma (13,14). En su modelo, describe los conceptos principales que lo caracterizan (14,74):

- a) Interacción enfermera-paciente: Watson la define como “*un proceso entre dos personas, con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y el compromiso con la acción de cuidar*”. Así mismo, asemeja la relación establecida entre el profesional de enfermería y el paciente a una interacción cuyo objetivo es prestar-recibir cuidados.
- b) Relación transpersonal de cuidado: entiende que esta relación conlleva un cuidado humano especial, puesto que depende del compromiso moral de la enfermera, así como de la situación de salud del paciente. El cuidado transpersonal conlleva la conexión con el otro, a través del proceso de cuidados y de una relación auténtica.
- c) *Caring Moment* – Momento de Cuidado: contexto espacio-temporal en el que dos personas se encuentran, cada una con su propio bagaje de experiencias y conocimientos. Dicho encuentro, se convierte en una transacción “persona a persona” intencional, significativa y auténtica, que les permite compartir puntos de vista y experiencias. El objetivo del mismo, es el descubrimiento del otro y de uno mismo, así como el descubrimiento de nuevas oportunidades y experiencias.
- d) La relación de cuidado se dirige hacia los demás y hacia uno mismo, siendo ésta ética y moral. De igual forma, debe incorporar la conciencia, la presencia, y la consideración del otro. Además, el cuidado es generalizable e inclusivo – incluye a la persona, la familia, la comunidad, y el contexto medioambiental-.

La teoría de Watson pretende recuperar el aspecto humano en la relación enfermera-paciente, integrando los aspectos científico-técnicos de los cuidados enfermeros con los aspectos psicosociales de la persona (13,14,74). Watson describe dicha relación en base a diez factores de cuidado, cuya definición fue modificada por la propia autora en posteriores años (74). A continuación, se exponen estos diez factores, atendiendo a la conceptualización actualizada de los mismos (13,14,75):



- 1) Creación de un sistema de valores humanístico y altruista: el respeto hacia la persona debe permitir a la enfermera estar disponible para la misma, ofreciéndole un trato amable, digno, y respetuoso, así como escucha activa, aceptación y reforzamiento de logros.
- 2) Autenticidad y existencia de un sistema de creencias y valores: mediante la escucha, la enfermera debe respetar y promover las creencias de la persona, y permitirle expresar y sentir sus propios sentimientos de esperanza. Igualmente, debe ser capaz de crear y respetar momentos de silencio y reflexión. Además, debe facilitar una conexión humana con la persona, utilizando estrategias de cuidado humanistas y basadas en la evidencia científica.
- 3) Cultivo de la sensibilidad hacia los demás y para una/o misma/o: la autora propone el fomento de la responsabilidad hacia las necesidades y sentimientos del otro, demostrando interés por la persona, y todo ello, basado en un proceso de autorreflexión y autoconocimiento.
- 4) Desarrollo de una relación de ayuda y confianza: descrita a partir del ejercicio de una “presencia auténtica” por parte de la enfermera; esto es, la práctica de la completa aceptación del otro y su respeto, así como la completa disposición y sensibilidad hacia la resolución de sus problemas de salud. Debe implementarse una comunicación directa, constructiva y respetuosa con la persona, permitiendo siempre que la misma elija el mejor momento para tratar sus problemas.
- 5) Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos y emociones positivos y negativos: dicha expresión debe favorecer la aparición y el desarrollo de los sentimientos y experiencias de la persona, facilitando que la misma reflexione sobre ello. Igualmente, los sentimientos negativos deben ser respetados y escuchados. La enfermera debe ser capaz de dirigir la atención de la persona hacia los aspectos positivos de su situación.
- 6) Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el cuidado enfermero debe basarse en todo momento en conocimientos científicos y éticos, sin abandonar la parte creativa que caracteriza la profesión. La enfermera debe convertirse ella misma en un instrumento para la solución de problemas de la persona, mediante su presencia, su expresión, su espontaneidad, así como su relajación, intencionalidad, contacto visual, sonrisa, y escucha activa. En este sentido, debe promover que la persona verbalice sus posibles dudas, y que explore las diferentes vías de solución posibles a sus problemas.



- 7) Promoción del proceso de enseñanza-aprendizaje interpersonal: debe destacarse que la etiqueta de este factor fue redefinida por la autora en 1988 (75). Así, pasó de incluir solamente la “promoción del proceso de enseñanza interpersonal”, a añadir “enseñanza-aprendizaje” en su etiqueta.

Este factor plantea que la relación de cuidado es recíproca, y promueve el crecimiento personal, el conocimiento, y el “empoderamiento” de la persona cuidada. La enfermera debe crear un clima de aceptación, confianza, tranquilidad y respeto, que actúen como facilitadores del proceso de enseñanza y aprendizaje de la persona respecto a sus problemas de salud. Incluye además un proceso de “*counseling*” (proceso de consulta o consejo). Éste, debe ser el contexto en el que la enfermera facilite información, conocimiento, herramientas, y opciones para la solución de problemas.

- 8) Creación de un entorno de apoyo, protección, y seguridad física, mental, sociocultural y espiritual: la autora incluye en este factor, no sólo la creación de un entorno de protección y seguridad, sino de un espacio para la relación de cuidado. En este sentido, la enfermera debe trabajar en aras del confort (luz, temperatura, ruido, e intimidad) y la satisfacción de necesidades fisiológicas y/o mentales/espirituales (alimentación, higiene, expresión de sentimientos, privacidad, confidencialidad, y/o expresión libre de creencias religiosas). Al respecto, Watson también hace hincapié en la necesidad de anticipación de la enfermera a las necesidades anteriormente descritas.
- 9) Asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas: la autora clasifica las necesidades en tres niveles: en el primer eslabón, sitúa las necesidades de supervivencia o biofísicas. En el segundo nivel, ubica las necesidades psicosociales y de pertenencia. En el tercer nivel, el más elevado, posiciona la necesidad de autorrealización y crecimiento personal. La enfermera debe dirigir sus esfuerzos a la satisfacción de las necesidades de cada uno de los eslabones.
- 10) Cuidado del alma de la persona cuidada y de la de una/o misma/o: debe destacarse que la etiqueta de este factor fue redefinida por la autora en 1988 (75). En este sentido, Watson incluyó en la nueva etiqueta, no sólo las fuerzas fenomenológicas y existenciales, sino también las fuerzas espirituales.

Este factor plantea el respeto hacia las cosas que son importantes para el otro, así como la orientación de la enfermera hacia el descubrimiento de todo aquello que es importante para la persona, comprendiendo su experiencia vital y el significado que le

da a la misma. De igual forma, la enfermera debe aceptar, y transmitir al otro, que algunos sucesos vitales son inexplicables.

En resumen, los diez factores del cuidado de la teoría de Jean Watson delimitan el concepto de cuidado enfermero, orientándolo hacia la resolución de problemas relacionados con la situación de salud de la persona, así como a la promoción de la misma. De esta forma, el profesional de enfermería debe ser capaz, en base a los diez factores expuestos, de crear las condiciones necesarias para que la persona implemente la solución a sus problemas de salud. Igualmente, cada individuo, usuario o profesional, desarrolla su propia manera de otorgar significado a la vida, confrontando su “forma de estar y reaccionar” ante un evento adverso – como es la enfermedad-, con sus propias experiencias, conocimientos, y aprendizajes. Este proceso de autoconocimiento, debe permitir a la enfermera la creación del “momento de cuidado”; es decir, establecer una relación interpersonal con otra persona –la relación enfermera-paciente-, que necesita su ayuda, y que “la invoca”, como instrumento de resolución de problemas. De esta forma, la enfermera, partiendo de su autoconocimiento, e implementando todas las premisas que describen los diez factores del cuidado, será capaz de guiar a la persona a lo largo de un proceso hacia su bienestar físico, mental, y espiritual (76).

## **2.5. LA COMPETENCIA DE RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE**

### **2.5.1. CONCEPTUALIZACIÓN**

La relación enfermera-paciente fue conceptualizada por Cibanal (77) como una relación de ayuda; su objetivo es auxiliar a la persona, que se encuentra en una situación de salud determinada, a identificar dicha situación y si cabe, elegir la mejor estrategia para solucionarla. Así mismo, supone la creación de relaciones humanas, que potencian a su vez, actitudes facilitadoras de la interacción. En el mismo sentido, la relación de ayuda supone un intercambio humano y personal entre dos sujetos, en el que el profesional de enfermería debe captar las necesidades del paciente, con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual (22,77). Esta relación es un proceso interpersonal, en el que se gesta y desarrolla la confianza mutua (78).

Olshansky (79) y Alfaro (80) exponen que la relación enfermera-paciente permite desarrollar el “cuidado enfermero” y a su vez, es la esencia de la ciencia enfermera. En este sentido, es la base de los cuidados enfermeros y el contexto en el que se da una interacción entre enfermero y paciente. Por tanto, es posible considerarla en sí como una interacción de cuidado (79, 80). Sin embargo, no es una cualidad necesariamente innata y por tanto, la

competencia en si misma debe ser obtenida mediante un proceso de formación específica (79).

La relación enfermera-paciente está caracterizada por diferentes rasgos que debe poseer el profesional de enfermería, y que se describen a continuación (22,77):

- a) Escucha activa: supone permitir que la persona se exprese libremente, mostrando interés hacia su discurso, en un acto de reconocimiento e identificación del otro. Mediante la escucha activa de la enfermera, se le reconoce una historia de existencia y vivencias.
- b) Presencia: significa mostrar total disponibilidad para la persona; esto es, estar presente aquí y ahora, asumiendo toda la responsabilidad de este compromiso.
- c) Autenticidad: entendida como congruencia entre lo que la enfermera piensa, siente, y/o dice, y aquello que manifiesta con su conducta verbal y no verbal.
- d) Aceptación incondicional: comprende la existencia de sentimientos de consideración y reconocimiento personal, con independencia de las actitudes, sentimientos, y acciones que haya podido desempeñar en ocasiones anteriores. Igualmente, contempla la necesidad de evitar juicios de valor respecto a la persona y sus hechos vitales.
- e) Disponibilidad psicológica: la enfermera deberá acoger al otro tal como se presenta, respetando la naturaleza de la relación. Además, a la persona se le conceden ciertos derechos, que le son reconocidos cuando decide y propone entablar una relación con la enfermera. Así, sea cual fuere la demanda que formule, la persona se encuentra en una situación difícil, y experimenta un malestar que debe ser atendido por la enfermera.
- f) Empatía: supone la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones, y perspectivas de la persona cuidada, incluyendo la capacidad de transmitir esa comprensión.
- g) Confrontación: se convierte en un recurso de la enfermera, basado en el empleo de una información coherente que ofrece a la persona, con el objetivo de desconcertarla al evidenciar sus incoherencias o ideas irracionales.
- h) Aceptación de la expresión de sentimientos y emociones: muy unida a la aceptación incondicional, pues supone la libertad de la persona para expresar sentimientos y emociones, sin ser juzgada ni coartada.
- i) Respeto: conlleva la consideración y tolerancia del otro.
- j) Inmediatez: las respuestas de la enfermera, respecto a la necesidad de cuidados de la persona, deben ser próximas en tiempo y espacio. De esta forma, ante una situación de

salud que requiere cuidados, la persona debe percibir que la enfermera ofrece una intervención concomitante.

- k) Habilidades de comunicación y uso de lenguaje comprensible: la comunicación supone un intercambio de información entre dos o más personas – en este caso, entre la enfermera y la persona cuidada-, mediante el uso de un sistema de signos y normas semánticas que debe ser compartido. De esta forma, el mensaje, verbal o no verbal, que la enfermera transmite a la persona, debe ser comprensible para la misma.
- l) Atención y contacto visual: la persona cuidada espera de la enfermera que ésta mantenga el contacto visual y le preste toda su atención, ante los sentimientos, hechos, y/o emociones que está expresando y/o viviendo.
- m) Refuerzo de logros: es importante que la enfermera refuerce, de forma verbal o no, los logros de la persona y todos sus aspectos positivos, con el objetivo de mejorar su autoconfianza y facilitar la resolución de sus problemas.

Otras publicaciones refuerzan todos los rasgos que caracterizan la relación enfermera-paciente anteriormente descritos (78,81). Además, Hagerty y Patusky consideran que la relación enfermera-paciente se describe también en base a las siguientes asunciones (78):

- Son relaciones lineales, pues parten de una situación inicial, que evoluciona hacia una resolución. Esto es, la enfermera y la persona se encuentran, inician una relación de ayuda, y ésta a su vez, se va desarrollando en diferentes fases – la última de las cuales, supone la resolución de la situación que motivó el inicio de la relación entre ambas-.
- El éxito de la relación enfermera-paciente está estrechamente relacionado con la capacidad de la enfermera de crear un contexto tal que la persona cuidada se sienta confiada.
- El establecimiento y desarrollo de la relación enfermera-paciente requiere dedicación y tiempo.
- El profesional de enfermería inicia una relación con la persona, basándose en que ésta desea instaurar dicha relación de ayuda. Existe pues, una expectativa enfermera previa: la persona cuidada solicita y desea la relación de ayuda.

#### *2.5.1.1. LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE DESDE UNA PERSPECTIVA METODOLÓGICA*

Desde un punto de vista metodológico, los cuidados de enfermería fueron descritos por primera vez como “un proceso” por Lydia Hall en 1955 (82). Igualmente, otras teóricas

de la disciplina fueron completando dicha definición; así, Vera Fry apuntó, también en 1955, la necesidad de formular un diagnóstico de enfermería para definir los problemas de salud-enfermedad de la persona cuidada, y añadió una última fase, la evaluación, como mejora del mismo (82). En la actualidad, el proceso de atención enfermera, o proceso de enfermería, es entendido, según recoge Alfaro (80) como “un método sistemático para brindar cuidados humanistas eficientes, y centrados en el logro de resultados esperados”. En este sentido, dado que es un “proceso”, concebido como una secuencia de etapas correlativas e interrelacionadas, se compone de las siguientes fases (83):

- a) Valoración: recogida de datos de la persona, a partir de la exploración física, la observación, y la entrevista.
- b) Diagnóstico: análisis de los datos obtenidos en la fase anterior, y formulación de un juicio respecto a la situación de salud-enfermedad de la persona.
- c) Planificación: identificación de los objetivos de los cuidados enfermeros, así como las intervenciones necesarias para lograrlos; además, se seleccionarán los criterios de resultado para evaluar la eficacia del plan de cuidados al finalizar el mismo.
- d) Ejecución: puesta en marcha del plan de cuidados planificado.
- e) Evaluación: análisis de la eficacia del plan de cuidados ejecutado, en términos del logro de los objetivos propuestos, y según los criterios de resultado fijados en la fase de planificación.

En esta línea, será necesario establecer una relación entre el profesional de enfermería y la persona cuidada, con el objetivo de instaurar y desarrollar el proceso de atención enfermero. Igualmente, dicha relación es esencial para el desempeño de la práctica profesional enfermera, ya desde la primera fase del proceso de cuidados (80, 84).

Por todo ello, y en aras de la estandarización de las intervenciones enfermeras ejecutadas, fue concebida la Clasificación de Intervenciones Enfermeras - *Nursing Interventions Classification (NIC)* (16). La misma, engloba todas las intervenciones enfermeras, directas o indirectas, que están basadas en la evidencia científica internacional (16). Así, la NIC es un compendio de 554 intervenciones, clasificadas en 7 campos y 30 clases, en su última edición. Cabe destacar que la clasificación NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los “tratamientos” o intervenciones del profesional de enfermería, a los problemas de salud detectados, basadas todas ellas en investigaciones recientes que sustentan la evidencia científica de dichas intervenciones (16). Respecto al estructura de la clasificación NIC, los campos que la constituyen son los siguientes (16):

1. Fisiológico básico

2. Fisiológico complejo
3. Conductual
4. Seguridad
5. Familia
6. Sistema sanitario
7. Comunidad

De entre todos ellos, merece especial mención, por su implicación directa con la relación enfermera-paciente – teniendo en cuenta los rasgos que el profesional de enfermería debe poseer para el establecimiento de la misma, ya descritos en el epígrafe anterior - el campo conductual. Dentro del mismo, debe destacarse la intervención “5000: *Elaboración de relaciones complejas*”, que es definida en la taxonomía NIC como el establecimiento de una relación terapéutica con un paciente para promover la introspección y el cambio conductual (16). En esencia, esta NIC representa el objetivo principal de cualquier relación enfermera-paciente, y queda definida pues, desde un punto de vista metodológico, como una intervención enfermera sistematizada.

Así mismo, el campo conductual de la NIC contiene otras intervenciones enfermeras, tal como muestra la tabla 4, que también participan en el establecimiento, mantenimiento, y/o desarrollo de la relación enfermera-paciente. Debe recordarse que éstas se encuentran estandarizadas y por tanto, son susceptibles de ser identificadas como necesarias durante la fase de planificación de cuidados del proceso enfermero - aunque algunas de ellas se pondrán en marcha ya desde la primera fase del mismo- (16, 85):

Tabla 4: Intervenciones de la clasificación NIC (campo conductual) que participan en la relación enfermera-paciente

CLASE	CÓDIGO	ETIQUETA NIC
O: Terapia conductual	4420	Acuerdo con el paciente
	4470	Ayuda en la modificación de sí mismo
	4364	Elogio
	4410	Establecimiento de objetivos comunes
P: Terapia cognitiva	4820	Orientación de la realidad
Q: Potenciación de la comunicación	5000	Elaboración de relaciones complejas
	4920	Escucha activa

Fuente: Clasificación “Nursing Interventions Classification (NIC)” (16)

Tabla 4: Intervenciones de la clasificación NIC (campo conductual) que participan en la relación enfermera-paciente (continuación)

CLASE	CÓDIGO	ETIQUETA NIC
R: Ayuda para el afrontamiento	5270	Apoyo Emocional
	5250	Apoyo en la toma de decisiones
	5240	Asesoramiento
	5480	Clarificación de valores
	5460	Contacto
	5310	Dar esperanza
	5470	Declarar la verdad al paciente
	5426	Facilitar el crecimiento espiritual
	5395	Mejora de la autoconfianza
	5230	Mejorar el afrontamiento
	5390	Potenciación de la autoconciencia
	5400	Potenciación de la autoestima
	5380	Potenciación de la seguridad
	5320	Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
	5340	Presencia
T: Fomento de la comodidad psicológica	5820	Disminución de la ansiedad

Fuente: Clasificación “Nursing Interventions Classification (NIC)” (16)

Por otro lado, durante la etapa de planificación de cuidados también deben identificarse aquellos criterios de resultado necesarios para evaluar la eficacia de los cuidados prestados. En este sentido, la Clasificación de Resultados Enfermeros – *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, se estructura en 7 dominios, 32 clases y 490 resultados en su versión más actual (17). De igual forma que para la taxonomía NIC, los criterios NOC se basan en la evidencia científica internacional, y también se encuentran estandarizados (17).

Esta clasificación, entiende los resultados como “estado, conducta o percepción de la persona, medida a lo largo de un continuo, en respuesta a una o a varias intervenciones enfermeras”. Además, cada criterio posee un determinado número de indicadores que incluyen una escala de medición tipo Likert; éstos, son utilizados para medir, respecto al estado basal de la persona, las mejoras o cambios que fueron fijados como necesarios en los objetivos del plan de cuidados (17). Respecto a la estructura de la clasificación NOC, los dominios que la constituyen son los siguientes (17):

- 1) Salud funcional
- 2) Salud fisiológica
- 3) Salud psicosocial
- 4) Conocimiento y conducta de salud

- 5) Salud percibida
- 6) Salud familiar
- 7) Salud comunitaria

Dentro de alguno de los dominios anteriores, existen criterios de resultado que permiten, en cierto modo, la medición del establecimiento y/o desarrollo de la relación enfermera-paciente, y se describen en la tabla 5 (17):

Tabla 5: Resultados de la clasificación NOC que miden la existencia de la relación enfermera-paciente

DOMINIO	CLASE	CÓDIGO	ETIQUETA NOC
Salud fisiológica	J: Neuro-cognitiva M: Bienestar psicológico	0902	Comunicación
		1201	Esperanza
		1202	Identidad
		1203	Severidad de la soledad
		1205	Autoestima
Salud psicosocial	N: Adaptación psicosocial	1300	Aceptación: estado de salud
		1302	Afrontamiento problemas
		1305	Modificación psicosocial: cambio de vida
		1606	Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria
Conocimiento y conducta de salud	Q: Conducta de salud	1606	Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria
	R: Creencias sobre la salud	1702	Creencias sobre la salud: percepción de control

Fuente: Clasificación “Nursing Outcomes Classification (NOC)” (17)

En resumen, desde un punto de vista metodológico, pueden identificarse intervenciones enfermeras (NIC) y criterios de resultado (NOC), relacionadas/os con el establecimiento, desarrollo, y mantenimiento de la relación enfermera-paciente. Por tanto, es posible dotar de identidad metodológica a la misma, como instrumento y/o vehículo para el desarrollo de los cuidados enfermeros (80).

### 2.5.1.2. LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

Los efectos del establecimiento de la relación enfermera-paciente, desde una perspectiva clínica, respecto a la consecución de los objetivos de los cuidados enfermeros, han sido estudiados por diferentes autores. En este sentido, estudios iniciales mostraron que la empatía demostrada por el profesional de enfermería tenía una relación indirecta con el nivel de estrés de la persona cuidada; por el contrario, tenía una relación directa con la satisfacción con los cuidados recibidos (86,87). Igualmente, concluyeron que un cuidado de enfermería más interactivo con la persona, ofreciendo información y educando durante todo el proceso de cuidados, se relacionaba también con menores niveles de ansiedad, y mayor sensación de



control y seguridad respecto a su situación de salud (86,87). Williams e Irurita (19) expusieron que la instauración de una relación enfermera-paciente, que conciben como una interacción interpersonal de naturaleza terapéutica, facilitaba el confort emocional de la persona en un contexto hospitalario, incrementando con ello su sentimiento de control sobre la situación de salud que está viviendo (19). Además, esta relación terapéutica contribuye a aumentar el nivel de seguridad, de conocimiento, y de autoestima de la persona, así como al logro de los objetivos del plan de cuidados enfermeros planteado (19).

Así mismo, Müggenburg y Riveros (18), en su revisión bibliográfica a propósito de la repercusión de la misma sobre el cuidado hospitalario, recogieron diferentes investigaciones relacionadas a continuación:

Carrillo y cols (20) estudiaron la repercusión de la relación enfermera-paciente sobre el estado emocional del paciente crítico. Constataron que las conductas de acercamiento, seguridad, y la comunicación establecida con el usuario, aumentaban la confianza del mismo en los cuidados enfermeros que recibían. También señalaron que la credibilidad, fiabilidad, y competencia de la enfermera, implicadas todas ellas en la relación enfermera-paciente, son garantía de unos cuidados enfermeros de calidad (20).

Por otro lado, Frich (21) identificó que el establecimiento de la relación enfermera-paciente mejoraba los resultados de las intervenciones enfermeras en usuarios con enfermedades crónicas. Sus resultados objetivaron reducciones de las cifras tensionales y glucémicas, así como la mejora de síntomas de depresión y un aumento de la satisfacción del usuario con los cuidados enfermeros recibidos (21).

Finke y cols (88) expusieron que una comunicación deficiente entre la enfermera y el paciente con necesidades especiales, afecta a la recuperación del mismo, y en consecuencia, aumentan los días de estancia hospitalaria (88).

Otros estudios de enfoque cualitativo expusieron que el cuidado de enfermería depende de la presencia de la enfermera al lado del paciente (19, 86, 89). Además, el acto de cuidar en sí aparece unido solamente a la realización de procedimientos enfermeros, según la percepción de los usuarios. Los autores reflejaron que la enfermera no siempre observa ni interpreta las conductas y actitudes del paciente; por tanto, no presta atención a la expresión de sus sentimientos y emociones, entorpeciendo así la instauración de una relación enfermera efectiva (19, 89, 90).

En una revisión bibliográfica publicada por Ramírez y Müggenburg (84), se estudió la comunicación entre enfermera y paciente, y su implicación en la satisfacción de los cuidados recibidos y los resultados esperados. Los autores concluyeron que la adecuada interacción

enfermera-paciente disminuye significativamente la ansiedad de la persona. Además, las medidas de confort (lumínico, sonoro, térmico, físico, etc..) y otros elementos de la propia comunicación (presencia, escucha activa, etc..), redujeron las cifras tensionales, los trastornos del sueño y el estrés de los pacientes hospitalizados. Igualmente, la interacción enfermera-paciente redujo la estancia hospitalaria, e incrementó la satisfacción del usuario con los cuidados recibidos (91). Otras investigaciones demostraron que la falta de comunicación con el paciente supone un riesgo para el mismo; esto es, dada la falta de expresión de las necesidades de la persona, debido a una pobre interacción entre enfermera y paciente, pueden aparecer efectos adversos o incidentes, relacionados con la seguridad clínica (92).

En relación a los cuidados paliativos, la comunicación efectiva de las enfermeras mejora la respuesta de la persona a los síntomas presentes, reduce la carga del cuidador principal, y además facilita que éste/a elabore mejor su duelo. En este proceso, la empatía cobra importancia durante la práctica del cuidado enfermero, puesto que favorece la confianza y el establecimiento de vínculos significativos (93–95).

Respecto a los cuidados enfermeros en el área de salud mental, Koivisto y cols (96) concluyeron que la relación enfermera-paciente mejoró sustancialmente la sensación de vulnerabilidad y desprotección de los pacientes, dotándoles además de mayor empoderamiento y estrategias de afrontamiento respecto a su situación de enfermedad (96).

De igual forma, Negarandeh y cols (97) estudiaron los efectos de una característica específica de la relación enfermera-paciente, como es la “presencia” de la enfermera de forma continuada, respecto a los resultados enfermeros esperados (97). Así, dicha presencia - demostrada a través de las “rondas” o visitas que realiza la enfermera a las habitaciones de los pacientes que tiene asignados, de forma recurrente durante su jornada laboral- se relaciona con mejoras en la seguridad del paciente y en la comunicación de éste con la misma; además, aumenta el confort físico y emocional de la persona, y facilita la evaluación del plan de cuidados que se está ejecutando (97).

En resumen, desde una perspectiva clínica, es posible dotar de identidad terapéutica a la relación enfermera-paciente, puesto que su instauración, mantenimiento y desarrollo, favorecen los cuidados enfermeros, y mejoran el logro de los objetivos propuestos y de los resultados esperados.

### 2.5.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

A partir de la década de los años 90 surge el interés por medir el constructo del cuidado, así como las actitudes y conductas relacionadas con el mismo y con el establecimiento de la relación enfermera-paciente, mediante la creación de diferentes herramientas psicométricas

(98,99). En este sentido, Watson publicó por primera vez en 2002 – y posteriores ediciones- una compilación de las principales escalas y cuestionarios existentes, que miden la relación enfermera-paciente, o algún aspecto específico de la misma (100). De entre todos ellos, en la tabla 6 se describen los principales (100,101):

Tabla 6: Principales cuestionarios relacionados con la medición de la relación enfermera-paciente

NOMBRE	AUTOR/ES Y AÑO	FUNDAMENTO TEÓRICO	ANÁLISIS METODOLÓGICO Y CRITERIOS PSICOMÉTRICOS	ESTRUCTURA FINAL
NYBERG'S CARING ASSESSMENT (NCA)	Nyberg (1990)		Análisis factorial exploratorio, sobre una muestra de 2700. Método de extracción de factores por componentes principales, utilizando rotación "varimax". Alfa de Cronbach 0.90	3 factores, con 20 ítems totales. Porcentaje total de la varianza explicada no especificado.
	Poblete y cols. (validación en Chile) (2012)	"Teoría del Cuidado Humano" de Jean Watson	Análisis factorial exploratorio, sobre una muestra de 360. Método de extracción de factores por componentes principales, utilizando rotación "varimax". Alfa de Cronbach 0.86	6 factores, con 20 ítems totales. 67% del total de la varianza explicada por la solución factorial.
CARING ABILITY INVENTORY (CAI)	Nkongo (1990)	"Ética del Cuidado Humano" de Milton Mayeroff	Análisis factorial exploratorio, sobre una muestra de 543, y 15 entrevistas en profundidad. Método de extracción de factores por componentes principales, utilizando rotación "varimax". Peso mínimo de cada factor = 0.30	3 factores, con 37 ítems totales. Porcentaje total de la varianza explicada no especificado.
CARING BEHAVIOR ASSESSMENT TOOL (CBA)	Cronin y Harrison (1988)	"Teoría del Cuidado Humano" de Jean Watson	Análisis factorial exploratorio, sobre una muestra de 104. Método de extracción de factores por componentes principales, utilizando rotación "varimax". Peso mínimo de cada factor = 0.40	4 factores, con 63 ítems totales. Porcentaje total de la varianza explicada no especificado
	Stanfield (1991)			
CARING SATISFACTION (CARE-SAT)	Larson y Ferketich (1993)	Basado en bibliografía publicada, y panel de expertos	Análisis factorial exploratorio, sobre una muestra de 268. Método de extracción de factores por componentes principales, utilizando rotación "varimax". Peso mínimo de cada factor = 0.50	3 factores, con 29 ítems totales. 46.9% del total de la varianza explicada por la solución factorial.

Fuente: Watson, J (102) y Cossette y cols (101)

Tabla 6: Principales cuestionarios relacionados con la medición de la relación enfermera-paciente (continuación)

NOMBRE	AUTOR/ES Y AÑO	FUNDAMENTO TEÓRICO	ANÁLISIS METODOLÓGICO Y CRITERIOS PSICOMÉTRICOS	ESTRUCTURA FINAL
CARING BEHAVIORS INVENTORY (CBI)	Wolf y cols.	“Teoría del Cuidado Humano” de Jean Watson  Bibliografía publicada respecto al constructo “cuidado” en enfermería	Análisis factorial exploratorio, sobre una muestra de 278. Método de extracción de factores por componentes principales, utilizando rotación “varimax”. Peso mínimo de cada factor = 0.40. Un panel de expertos evaluó qué factores eran bidireccionales.	5 factores, con 42 ítems totales. 54,4% del total de la varianza explicada por la solución factorial.
CARING EFFICACY SCALE (CES)	Coates (1997)	Teoría del aprendizaje social de Bandura	Análisis factorial exploratorio, sobre una muestra de 47. Alfa de Cronbach 0.88.	3 factores, con 12 ítems totales. 69% del total de la varianza explicada por la solución factorial. [Resultados no publicados, recogidos por Watson (102)]
	Poblete y cols. (validación en Chile) (2012)	“Teoría del Cuidado Humano” de Jean Watson	Análisis factorial exploratorio, sobre una muestra de 360. Método de extracción de factores por componentes principales, utilizando rotación “varimax”. Alfa de Cronbach 0.76.	3 factores, con 30 ítems totales. 60% del total de la varianza explicada por la solución factorial.
CARING DIMENSIONS INVENTORY (CDI)	Lea y cols. (1998)	Bibliografía publicada	Análisis factorial exploratorio, sobre una muestra de 1430, y posteriormente, estudio longitudinal sobre una muestra de 168.	En 1998: 4 factores, con 35 ítems totales. Porcentaje total de la varianza explicada no especificado
	Watson y cols. (1999)	Teoría “Enfermería Transcultural” de Leininger  Taxonomía de Grobe y Hughes	Método de extracción de factores por componentes principales, utilizando rotación “varimax”. Peso mínimo de cada factor = 0.40. En 1999: análisis factorial confirmatorio.	En 1999: se confirmó la misma estructura. Porcentaje total de la varianza explicada no especificado.
		Cuestionario CARE-SAT		
CARING ATTIBUTES, PROFESSIONAL SELF, AND TECHNOLOGICAL INFLUENCE INSTRUMENT (CAPSTI)	Arthur y cols. (2001)	Bibliografía publicada	Análisis factorial exploratorio, sobre una muestra de 1910, y entrevistas en profundidad. Método de extracción de factores por componentes principales, utilizando rotación “varimax”.	4 factores, con 31 ítems totales. 49% del total de la varianza explicada por la solución factorial.
CARING BEHAVIORS SCALE (CBS)	Lin (2001)	Bibliografía publicada	Análisis factorial exploratorio, sobre una muestra de 297. Método de extracción de factores por componentes principales, utilizando rotación “varimax”. Peso mínimo de cada factor = 0.40.	4 factores, con 56 ítems totales. Porcentaje total de la varianza explicada no especificado

Fuente: Watson, J (102) y Cossette y cols (101)

Las herramientas “Nyberg Caring Assessment” y “Caring Efficacy Scale” se adaptaron también al español y se validaron en Chile (ver tabla 6). Ambas fueron construidas con el objetivo de medir la relación enfermera-paciente, en términos de conductas y competencia en las mismas, desde la perspectiva de la enfermera que presta los cuidados (103).

Deben mencionarse también otras herramientas validadas en español:

- “Cuestionario GATHA Enfermería”

Fue validado por López y cols (104) en España, con el objetivo de evaluar, a través de la observación, los comportamientos y actitudes relacionados con la comunicación entre el paciente y la enfermera en Atención Primaria. El proceso de construcción de la escala se llevó a cabo a partir del consenso entre un panel de expertos – en base al cuestionario GATHA-Base, construido y validado en España para la evaluación de la comunicación entre facultativo y paciente (105) - respecto a las conductas que debían ser observadas. El análisis de validación clinimétrica se ejecutó sobre una muestra de 158 interacciones grabadas, obtuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.84, y un total de 68 ítems que guían la observación, clasificados en tres ejes (104).

- “Instrumento de Cuidado del Comportamiento Profesional”

Fue validado por González (106) en Panamá, a partir de la traducción del “Instrumento del Cuidado y Comportamiento Profesional” de Horner (107). Su objetivo fue la construcción de una escala que midiera la conducta de cuidado enfermero, desde la perspectiva de la persona cuidada. Procedieron a la traducción al español y adaptación cultural del mismo, y posteriormente se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis de fiabilidad. El AFE obtuvo una estructura de 4 factores con un total de 28 ítems, y el cálculo de su fiabilidad, un alfa de Cronbach de 0.80 (106).

- “Escala de evaluación de la conducta ética del personal de enfermería”

Fue validado por Lagunes y Hernández (108) en México, sobre una muestra de 150 sujetos. Su objetivo, al igual que el anterior cuestionario, fue la construcción de un cuestionario que mediera la conducta de cuidado enfermero, desde la perspectiva de la persona cuidada. El AFE obtuvo una estructura de 4 factores con un total de 13 ítems, y el cálculo de su fiabilidad, un alfa de Cronbach de 0.85 (108).

Es necesario mencionar también el “Inventario de Competencias Relacionales y de Ayuda (ICRAS)”, por su similitud con el presente estudio respecto al objeto de medida (109). El

mismo, fue validado en Portugal por Ferreira y cols (109), con el objetivo de medir la competencia en la relación de ayuda en estudiantes de Enfermería. Los ítems del inventario ICRAS nacieron de una revisión bibliográfica en torno al objeto de medida. El resultado fue un cuestionario experimental de 90 ítems –con una escala de respuesta Likert de 7 puntos– que fue testado sobre una muestra de 314 estudiantes de enfermería. Los resultados del AFE obtuvieron un inventario final de 51 ítems, agrupados en 4 factores que explicaban el 46,93% de la varianza. El cálculo de la fiabilidad determinó un valor de alfa de Cronbach, de 0.74. Debe reflejarse que el estudio publicado no reportó resultados respecto al análisis descriptivo de la muestra de estudio. El ICRAS, en su versión final, evalúa específicamente conocimientos, habilidades y actitudes en estudiantes de Grado en Enfermería respecto a las competencias de comunicación, empatía, y de contacto con el paciente (109).

Otro cuestionario relevante para el presente estudio es el “Interpersonal Communication Assessment Scale (ICAS)”, validado por Klakovich y de la Cruz (110). Llevaron a cabo un estudio de validación clinimétrica para crear una herramienta que mide la competencia en la comunicación interpersonal sobre una muestra de 246 estudiantes de Grado en Enfermería. Los resultados del AFE mostraron una estructura de 3 factores con un total de 23 ítems. Así mismo, el valor de alfa obtenido fue de 0.96. El estudio tampoco reportó datos respecto a la descripción de la muestra de estudio.

#### 2.5.2.1. EL CUESTIONARIO “CARING NURSE-PATIENT INTERACTIONS SCALE”

La escala “Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI) – cuya versión original puede verse en el anexo nº 1 - fue construida por un grupo de trabajo del Instituto de Cardiología de Montreal conjuntamente con la Universidad de Montreal (Canadá), en 2005. Está basado en la “Teoría del Cuidado Humano” de Jean Watson, y pretende medir diferentes aspectos de la relación enfermera-paciente, a partir de un cuestionario auto-administrado (26,101,111).

Inicialmente, se publicó el desarrollo y análisis psicométrico preliminar de la herramienta; crearon un cuestionario de 70 ítems, clasificados en los 10 *Factores del Cuidado* de la teoría de Jean Watson, con cinco opciones de respuesta tipo Likert (111). Así mismo, la validez de contenido fue evaluada por un panel de 13 expertos, tanto clínicos como docentes, en el ámbito de la relación enfermera-paciente. Por otro lado, los 70 ítems del cuestionario fueron creados para ser contestados, fijando una de las tres preguntas siguientes como enunciado, desde la perspectiva del paciente, de la familia, o del profesional de enfermería (111):

- a) ¿Qué importancia le otorga a cada una de las actitudes y conductas?
- b) ¿Con qué frecuencia ha sido objeto de las actitudes y conductas?

c) ¿Qué nivel de satisfacción posee respecto a las actitudes y conductas?

(En el caso de ser contestada desde la perspectiva del profesional de enfermería, el enunciado de esta pregunta se modifica por: ¿En qué medida se siente competente y cómodo con las actitudes y conductas?)

La muestra de este estudio preliminar estuvo compuesta por 332 estudiantes, pertenecientes a cualquier curso académico del Grado en Enfermería de la Universidad de Montreal. Se obtuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.97 para la sub-escala “importancia”, y de 0.98 para las sub-escalas de “aplicabilidad” y “competencia” (111).

En un segundo estudio, en 2006, las autoras plantearon la reducción del cuestionario CNPI-70 ítems a una versión más corta, dada la situación clínica de los pacientes y la carga laboral y físico-mental de las enfermeras y las familias (101). Así, ejecutaron un nuevo estudio de campo sobre una muestra de 377 estudiantes pertenecientes a cualquier curso académico del Grado en Enfermería de la Universidad de Montreal. Tras el cálculo del estadístico Kaiser-Meier-Olkin (KMO) –con un valor de 0.94-, aplicaron un análisis factorial exploratorio (AFE), mediante una rotación de factores de tipo “varimax”. Con ello, obtuvieron una estructura dimensional de 4 factores con un total de 23 ítems, y un valor de alfa de Cronbach de 0.9. Cabe destacar que esta versión reducida seguía fundamentándose en la teoría de Jean Watson, y mantenía la posibilidad de ser cumplimentada desde la perspectiva del paciente, de la familia, o del profesional de enfermería (101).

Finalmente, en 2008, las autoras llevaron a cabo un nuevo estudio de campo con el objetivo de confirmar la estructura dimensional del cuestionario. Así, sobre una muestra de 531 estudiantes pertenecientes a cualquier curso académico del Grado en Enfermería de la Universidad de Montreal, ejecutaron un análisis factorial confirmatorio (AFC) - KMO de 0.95, test de esfericidad de Barlett,  $p < 0.001$ - (26). Los resultados obtenidos mostraron que el valor del estadístico chi-cuadrado fue significativo ( $X^2 811$ , G.L. 224,  $p < 0.001$ ), así como el resto de valores de los estadísticos “ad hoc”: residuo cuadrático medio estandarizado de 0.05, raíz cuadrada del error cuadrático media de 0.07, índice de bondad de ajuste de 0.88, índice de ajuste comparativo de 0.98, e índice de ajuste normalizado de 0.97. Por otro lado, las cargas de los ítems en su factor fueron todos mayores de 0.4. obteniendo un total de 23 ítems y una estructura de 4 factores (26): cuidado clínico, cuidado relacional, cuidado humanístico, y cuidado de confort. Respecto a la fiabilidad total de la escala, las autoras obtuvieron un valor de alfa de Cronbach de 0.92 (26). De igual forma que en las versiones anteriores, la herramienta mantenía la posibilidad de ser cumplimentada desde la perspectiva del paciente, de la familia, o del profesional de enfermería (26).



La única validación internacional de la escala CNPI fue llevada a cabo en Polonia, aunque no se realizó proceso de traducción al polaco; la versión utilizada fue la original en inglés de 70 ítems (112). El estudio publicó un valor de alfa de Cronbach de 0.97 para la totalidad de la escala, y valores que oscilan entre 0.7 y 0.9 para las diferentes sub-escalas (112).

De entre todos los instrumentos descritos, se seleccionó la escala “Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI)”, como punto de partida para el presente estudio, por su riguroso proceso de construcción y adaptación cultural, sus óptimas propiedades psicométricas (alfa de Cronbach 0.97, correlaciones entre subescalas 0.53 – 0.89, y coeficientes Pearson entre -0.02 y 0.32, indicando un sesgo bajo entre las sub-escalas y la conveniencia social), y su estricta fundamentación en la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Además, incluye de forma exhaustiva todas las conductas y actitudes relacionadas con la relación enfermera-paciente descritas anteriormente (22,101,111).

## **2.6. ANTECEDENTES EN LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN ESTUDIANTES DE GRADO EN ENFERMERÍA**

Son pocos los estudios respecto a la evaluación de la competencia en la relación enfermera paciente, o algún aspecto de la misma, en estudiantes de Grado en Enfermería. No obstante, existen algunas investigaciones publicadas que se describen a continuación:

De una parte, Klakovich y de la Cruz (110) crearon el cuestionario “Interpersonal Communication Assessment Scale (ICAS)”, con una estructura de 3 factores y un total de 23 ítems, mediante un análisis factorial exploratorio. Los resultados obtenidos respecto a las respuestas de los estudiantes a los ítems del ICAS, pusieron de manifiesto la existencia de diferencias significativas en la competencia de comunicación interpersonal entre los sujetos de primer curso y de último. De esta forma, demostraron el valor de los programas formativos específicos sobre la mejora de la competencia en la comunicación interpersonal en estudiantes de enfermería (110).

Igualmente, Suikkala y cols (113) estudiaron la evolución de la relación entre el estudiante de enfermería y el paciente, a lo largo de los años de formación del Grado en Enfermería en Finlandia. Los resultados indicaron que dicha relación evolucionaba desde una relación mecánica con el paciente, basada generalmente en las propias técnicas enfermeras, hacia una relación facilitadora. Ésta última, a su vez se relaciona con una mejor percepción del estudiante de los logros del paciente respecto a su situación de salud-enfermedad. Además,



dicha evolución de la relación con el paciente es producto directo de la formación universitaria específica recibida. Suikkala y cols (113) también ponen de manifiesto que esta competencia, a pesar de su evolución, está más relacionada con la técnica que con los cuidados humanizados. Por tanto, en relación a la formación específica universitaria, las autoras entienden que debe focalizarse de forma transversal en el establecimiento de una relación con el paciente, garantizando en todo momento la adquisición de dicha competencia por parte del estudiante (113).

Por otro lado, Dias y cols (114) publicaron un estudio basado en 13 entrevistas en profundidad realizadas a estudiantes de Grado en Enfermería de diferentes Universidades de Brasil. El objetivo del estudio fue conocer la percepción de los mismos respecto a la formación recibida, y la competencia adquirida, para llevar a cabo cuidados transpersonales. Las reflexiones finales indicaron la necesidad de implementar mejoras en los programas de formación de esta competencia. Además, constataron la necesidad de la visión humanística del cuidado enfermero, mediante la propuesta del uso de una metodología interactiva que mejore el aprendizaje de la competencia de cuidado transpersonal en los estudiantes de enfermería (114).

Así mismo, una tesis doctoral en curso, cuya autora es Lin (115), tiene como objetivo la identificación y medición de las conductas de cuidado en estudiantes de Grado en Enfermería en Taiwán. Su propuesta metodológica se basa en la traducción y adaptación cultural del cuestionario “Caring Behaviors Scale”, además del empleo de entrevistas en profundidad y grupos focales. Actualmente, los resultados de dicha investigación todavía no han sido informados, aunque la descripción del proyecto y la metodología diseñada pueden consultarse en la página web del Boston College – Connel School of Nursing (116).

## **2.7. LAS HABILIDADES SOCIALES Y LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE**

Tal como se ha descrito anteriormente, la relación enfermera-paciente supone, en esencia, una relación terapéutica (20,21,84,88,91). Ésta, puede definirse como una relación profesional basada en un proceso de interacción e influencia social, cuyo objetivo es la intervención enfermera sobre la situación de salud-enfermedad del usuario (77). De igual forma, dentro de este proceso interactivo, cabe mencionar que la adquisición de habilidades y actitudes, por parte del profesional de enfermería, es fundamental para llevar a cabo la relación de ayuda (77). Por tanto, es posible pensar que la adquisición de competencia en habilidades sociales puede facilitar situaciones de interacción, disminuyendo el estrés generado por las mismas, y a su vez, mejorando la autoestima y el autoconcepto (24). Así, también cabría esperar que

dicha competencia en habilidades sociales tenga cierto peso en el desarrollo y mantenimiento de la relación interpersonal en los cuidados de enfermería (24).

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas aprendidas de forma natural, que pueden ser enseñadas, y que se manifiestan en situaciones interpersonales y socialmente aceptadas. Ello implica tener en cuenta normas sociales y normas legales del contexto sociocultural en el que se actúa, así como criterios morales, éticos y profesionales (23).

Por otro lado, su fundamento teórico está basado en la *teoría del aprendizaje social* de Bandura (22, 116), así como la teoría del *análisis experimental de la ejecución social* de Argyle y Kendon (23,118). Además, Gil y León plantean una clasificación de las habilidades sociales, descrita a continuación con algunos ejemplos (23):

- a) Habilidades sociales básicas: saber escuchar, comunicarse, empatía, formular preguntas.
- b) Habilidades sociales avanzadas: dar instrucciones, disculparse, convencer a otros, ofrecer opiniones.
- c) Habilidades afectivas: conocer y expresar los propios sentimientos, respetar al otro y sus sentimientos, consolar.
- d) Habilidades de afrontamiento: negociación, asertividad, autocontrol.
- e) Habilidades de planificación: fijar objetivos, toma de decisiones, resolución de problemas.

Nótese en cierta medida, que las habilidades sociales descritas comparten rasgos esenciales con los elementos conceptuales de la relación enfermera-paciente (22) . Así, según apunta Hurtado (24), cabe preguntarse si existe alguna relación significativa entre la competencia en habilidades sociales y la competencia en la relación enfermera-paciente.

### 3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

---

Descritas la importancia clínica, metodológica, formativa, y legal de la relación enfermera-paciente en el desarrollo de los cuidados enfermeros, se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo puede medirse la adquisición de la competencia en la relación enfermera-paciente en estudiantes de 4º curso de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla?
- ¿Existe relación empírica entre el nivel de competencia en habilidades sociales y el nivel de competencia en la relación enfermera-paciente?

## 4. OBJETIVOS

---

En la investigación propuesta se plantearon los siguientes objetivos:

### OBJETIVO GENERAL

- Construir y validar una escala para medir el nivel de competencia en la relación enfermera-paciente, a partir del cuestionario “Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI) – 70 ítems”, en los estudiantes de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil de la muestra según variables sociodemográficas y académicas.
- Establecer niveles de competencia en la relación enfermera-paciente.
- Analizar la relación entre el nivel de competencia en la relación enfermera-paciente y el nivel de competencia en las habilidades sociales.

## 5. METODOLOGÍA

---

### 5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

La investigación está basada en un estudio transversal de validación clinimétrica, según la clasificación propuesta por Argimón (119).

### 5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 5.2.1. CONTEXTO

El estudio se llevó a cabo en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, que imparte docencia en tres Unidades: Virgen Macarena, Virgen del Rocío, y Virgen de Valme, coincidiendo con los tres principales hospitales públicos de la ciudad de Sevilla (120). También se incluyeron los Centros Adscritos a dicha Facultad: Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja de Sevilla, cuya sede se encuentra en el Hospital Victoria Eugenia de la Cruz Roja, Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla), anexo al Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, y Escuela Universitaria de Osuna (Sevilla), vinculada al Hospital la Merced.

#### 5.2.2. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo formada por estudiantes de cuarto curso del Grado en Enfermería durante el curso académico 2016-17; el número de estudiantes matriculados en cuarto curso fue de 375, distribuidos tal como muestra la tabla 7<sup>b</sup>:

Tabla 7: Número de estudiantes matriculados en 4º curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla

TIPO DE CENTRO	NOMBRE	NÚMERO DE ESTUDIANTES
Unidades Docentes	Virgen del Rocío	79
	Virgen Macarena	79
	Nuestra Señora de Valme	49
Centros Adscritos	Cruz Roja	50
	San Juan de Dios	55
	Escuela Universitaria Osuna	63
TOTAL		375

---

<sup>b</sup> Datos de matriculación en 4º curso de Grado en Enfermería en las Unidades Docentes de la Universidad de Sevilla y sus Centros adscritos, referentes al curso 2016-17, y recabados en la Secretaría de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia, y Podología de la Universidad de Sevilla

### 5.2.3. TAMAÑO MUESTRAL

Para el cálculo del tamaño muestral del estudio de campo se tomaron en consideración las aportaciones de McCallum y cols (121); se contabilizaron como mínimo 5 sujetos por ítem del cuestionario. Por tanto, el tamaño muestral teórico necesario fue de 350 sujetos (70 ítems \* 5 sujetos). Igualmente, siguiendo las aportaciones de Argimón (119), se realizó el cálculo del tamaño muestral según el tamaño poblacional. Dado que éste era de 375 sujetos (ver tabla 7), se aplicó la siguiente fórmula, fijando un nivel de confianza del 95%:

$$n = [Z_{\alpha}^2 p q N] / [(N-1) E^2 + Z_{\alpha}^2 p q]$$

*Leyenda:*

*n: tamaño muestral*

*Z<sub>α</sub>: coeficiente correspondiente al nivel de confianza fijado, que fue del 95% (1,96)*

*p: variabilidad positiva. Fijada en 0.5.*

*q: variabilidad negativa. Fijada en 0.5.*

*N: tamaño de la población (375 sujetos)*

*E: precisión para la estimación del parámetro. Fijada en 0.05.*

El resultado de la fórmula anterior fue de 190 sujetos, teniendo en cuenta una probabilidad de éxito en la muestra de un 10%. No obstante, se tomó la decisión de recoger datos de toda la población de estudio, sin límite muestral.

### 5.2.4. TIPO DE MUESTREO

Se utilizó un muestreo por conveniencia, y se recogieron datos de todo el alumnado que asistió a las diferentes convocatorias.

### 5.2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyeron en la muestra de estudio a los estudiantes matriculados en 4º curso de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla –pertenecientes a sus unidades docentes, y a los centros adscritos-, que acudieron a las diferentes convocatorias, y que firmaron voluntariamente el consentimiento informado de participación. Se excluyeron los formularios que no se cumplieron en su totalidad.

## 5.3. VARIABLES DE ESTUDIO

Se contemplaron variables sociodemográficas, académicas, y de cuestionario, según se detallan en la tabla 8:

Tabla 8: Variables del estudio

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		
Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre, Mujer
Edad	Cualitativa politómica	Estratos de edad: - De 22 a 26 años - De 27 a 40 años - > 40 años
Centro Docente	Cualitativa politómica	Unidad Docente: - Rocío - Macarena - Valme Centro Adscrito: - Cruz Roja - San Juan Dios - Osuna
Ingreso Hospitalario previo	Cualitativa dicotómica	Sí, No
VARIABLES ACADÉMICAS		
Formación previa (Área de la Salud)	Cualitativa politómica	- Licenciatura <sup>c</sup> - Diplomatura - Grado Universitario <sup>d</sup> - Ciclo Formativo de Grado Medio <sup>e</sup> - Ciclo Formativo de Grado Superior
VARIABLES DE CUESTIONARIO		
Competencia en Habilidades Sociales	Cuantitativa discreta	Puntuación en el Cuestionario: "Inventario de Situaciones Sociales"(122)
Competencia en la relación enfermera-paciente	Cuantitativa discreta	Puntuación en el cuestionario: - Caring Nurse-Patient Interactions Scale (111) - NIC_CA <sup>f</sup>

<sup>c</sup> Según el RD 1497/1987 27 noviembre, cuya última modificación fue el RD 779/1998 30 abril, por el que se establecen las directrices generales comunes que son de aplicación a todos los planes de estudios conducentes a cualquier título universitario de carácter oficial. Los valores de esta variable hacen referencia sólo a las titulaciones pertenecientes al Área de la Salud.

<sup>d</sup> Según el RD 1393/2007 29 octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Los valores de esta variable hacen referencia sólo a las titulaciones pertenecientes al Área de la Salud.

<sup>e</sup> Según el RD 1147/2011 29 julio, por el que se establece la ordenación general de la formación profesional del sistema educativo. Los valores de esta variable hacen referencia sólo a las titulaciones pertenecientes al Área de la Salud.

<sup>f</sup> Las siglas NIC\_CA significan "Nursing Interactions in Caring \_ Competence Assessment", y hacen referencia al cuestionario final, obtenido tras el desarrollo de toda la investigación descrita en este informe.

## 5.4. ESTAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se dividió en tres fases diferenciadas, tal como se observa en la figura 1:



Figura 1: Etapas de la investigación

### 5.4.1 ETAPA I: ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL

Siguiendo las aportaciones de Morales (123) respecto a la traducción de cuestionarios, se llevaron a cabo las siguientes sub-fases (ver figura 2):

#### 1ª sub-fase: Traducción del cuestionario original al español

Participaron tres enfermeras Graduadas, con experiencia clínica de más de 3 años en Reino Unido y Estados Unidos-, y un Licenciado en Derecho y Humanidades, elegido por su participación en estudios doctorales en el ámbito de la cultura. Fue otro criterio de selección estar en posesión del título de nivel C1 de inglés según el Marco Común de Referencia para las Lenguas (124). Durante el mes de septiembre del año 2015, cada uno de los traductores, recibió un correo electrónico que contenía una descripción del estudio y la solicitud expresa de participación como traductor del cuestionario original. A finales del mes de octubre del año 2015, se recibieron, por correo electrónico, 4 traducciones al inglés del cuestionario original (ver anexo nº 2).

#### 2ª sub-fase: Validación de contenido y adaptación cultural

Se concertó una reunión con un panel de expertos, según las indicaciones de Chacón y cols (125), y de otras publicaciones relacionadas (126), con un nivel académico de Doctor/a o Máster Oficial, y que fueron identificados en base a su nivel de conocimientos en investigación en Enfermería, y áreas específicas relacionadas con el cuestionario original (Historia, Teoría y Métodos en Enfermería, Relación terapéutica, Enfermería clínica y Bioética, y/o Enfermería Psicosocial). El panel estuvo compuesto por 9 expertos que fueron convocados a finales del mes de octubre del año 2015. El resultado de dicha reunión fue la obtención de una única versión en español, mediante un proceso de discusión y posterior consenso entre los asistentes (ver anexo nº 3).



### 3ª sub-fase: Retro-traducciones al inglés de la versión en español consensuada

Con el objetivo de valorar la fidelidad de la estructura y el contenido de la versión consensuada por el panel de expertos, respecto a la versión original del cuestionario, se seleccionaron tres sujetos traductores, mediante el mismo proceso descrito en la sub-fase 1, y bajo los mismos criterios de selección. Durante el mes de enero del año 2016, se obtuvieron de nuevo 3 versiones del cuestionario, ahora en inglés (ver anexo nº 4).

### 4ª sub-fase: Validación de aspecto

En esta sub-fase, se identificó una nueva experta bilingüe español-inglés – aunque con el español como lengua materna-, profesional de Enfermería, y con perfil docente e investigador en la Universidad de Sevilla. La misma, fue invitada a participar en el presente estudio, y acudió a una reunión con la investigadora principal y ambas Directoras de Tesis durante el mes de febrero del año 2016. En dicha reunión, la experta llevó a cabo tres tareas diferenciadas:

- Evaluó cada uno de los ítems y secciones de la versión traducida al español y consensuada por el panel de expertos durante la sub-fase nº 2, con el objetivo de estudiar la adecuación lingüística de la traducción al español.
- Analizó las retro-traducciones al inglés obtenidas en la sub-fase 3, respecto a la versión original del cuestionario.
- Concluyó que el contenido de la versión traducida al español era muy similar a la versión original, tanto en forma como en estructura.



Figura 2 Etapas del proceso de adaptación del cuestionario del inglés al español

## 5.4.2. ETAPA II: ESTUDIO PILOTO

Para el cálculo del tamaño muestral del estudio piloto, se fijó el criterio en 50 sujetos, según lo especificado por Hertzog (127).

Por otro lado, los principales objetivos del estudio piloto fueron la evaluación de la comprensión de los ítems por parte del participante, así como la realización de un análisis clinimétrico exploratorio.

### 5.4.2.1. RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos tuvo lugar el día 1 de abril del año 2016, de 9:00 a 14:00, durante una conferencia sobre el duelo – siendo actividad académica de la asignatura de Practicum V-, destinada a todo el alumnado de 4º curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla.

Para ello, se elaboró un cuaderno de preguntas, que contenía la versión traducida al español del cuestionario “Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI)-70 ítems”, así como cuestiones relativas a variables sociodemográficas y académicas. Se acompañó el cuaderno de preguntas con una hoja de respuestas y el consentimiento informado de participación en el estudio (ver anexo nº 8). Durante la recogida de datos, se entregó una copia de todos los documentos descritos a los asistentes a la conferencia, y se recogieron al finalizar la misma.

### 5.4.2.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO

El análisis estadístico y psicométrico exploratorio tuvo lugar en mayo y junio del año 2016. Se obtuvo una versión reducida del cuestionario de 28 ítems (ver anexo nº 9), y se sometió a un análisis de contenido, respecto a la Teoría de Jean Watson, por una nueva experta en el ámbito de “Historia, Teoría y Método I y II” en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla - y coautora/autora de algunas publicaciones relacionadas con la misma área de conocimiento (128–130) -. Finalmente, en el mes de julio se concluyó que la versión reducida mantenía la esencia de los 10 Factores de Cuidado de Jean Watson (131).

## 5.4.3. ETAPA III: ESTUDIO DE CAMPO

### 5.4.3.1. DISEÑO DEL CUADERNO DE PREGUNTAS PARA EL ESTUDIO DE CAMPO

El cuaderno de preguntas del estudio de campo estuvo formado, además del consentimiento informado, por cuatro secciones, que fueron nombradas con las letras desde la A a la D (ver anexo nº 10): la primera de ellas, sección A, contenía cuestiones

relacionadas con las variables socio-demográficas y académicas; la segunda, sección B, contenía los 28 ítems del cuestionario CNPI traducidos al español; las secciones C y D respectivamente, contenían otros dos cuestionarios diferentes. A continuación, se describen los mismos, así como la justificación de su inclusión en el cuaderno de preguntas:

a) Nyberg Caring Assessment (NCA)

Con el objetivo de establecer niveles de competencia en la relación enfermera-paciente, a partir del estudio de la validez de criterio del cuestionario, fue necesario identificar un “patrón oro” para calcular las curvas ROC, obteniendo así datos respecto a la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, y valor predictivo negativo del cuestionario construido (132). Para ello, se eligió el cuestionario NCA, traducido al español y validado en Chile (133); está compuesto por 20 ítems y posee propiedades psicométricas adecuadas (6 factores,  $\alpha = 0.82$ ) (133). Además, también está basado en la Teoría de Jean Watson, y orientado a la medición de la relación de cuidado con el paciente (ver anexo n° 9, sección C).

b) Inventario de Situaciones Sociales (ISS)

Uno de los objetivos específicos del presente estudio pretendía analizar la relación entre el nivel de competencia en la relación enfermera-paciente y el nivel de competencia en las habilidades sociales. Por tanto, fue necesario incluir un cuestionario que midiera esta última competencia, y se eligió el cuestionario ISS traducido al español y validado en Bolivia (122). El mismo, está compuesto por 30 ítems con respuesta tipo Likert, y posee propiedades psicométricas adecuadas (3 factores,  $\alpha$  de 0.90) (122).

Respecto a la hoja de respuestas, se optó por un modelo de formulario específico y estandarizado, adquirido a la empresa “Dara S.A.” (ver ejemplar en el anexo n° 13). Éste, debe ser procesado por una máquina lectora mediante un *software* específico asociado, y que genera como resultado una hoja Excel© (134) con todas las respuestas para cada sujeto. Por este motivo, la lectura de los formularios fue realizada en la sede del Servicio de Informática y Comunicaciones de la Universidad de Sevilla, sita en la Facultad de Biología, quién otorgó el debido permiso para ello.

#### 5.4.3.2. RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos tuvo lugar en los diferentes centros docentes, previo acuerdo con la Dirección de los mismos, según se detalla en la tabla 9:

Tabla 9: Desarrollo y cronograma de la recogida de datos

UNIDAD/CENTRO	FECHA, HORA Y LUGAR	RESPONSABLE DEL CENTRO	RESPONSABLE DEL ESTUDIO
	19/09/2016		
Centro Universitario San Juan de Dios	10:00 Aula del centro	Prof. Dra. Almudena Arroyo	Regina Allande
	21/09/2016		
Escuela Universitaria de Osuna	10:00 Aula Magna	Prof. D. Manuel Escamilla	Regina Allande
	26/09/2016		
Centro de Enfermería Cruz Roja	9:00 Aula del centro	Prof. Dr. José Antonio Ponce	Regina Allande
	30/09/2016		
U.D. Macarena	10:00 Aula del centro	Prof. Dra. Juana Macías	Prof. Dra. Juana Macías <sup>g</sup>
	30/09/2016		
U.D. Virgen del Rocío	10:00 Aula del centro	Prof. Dra. Juana Macías	Regina Allande
	30/09/2016		
U.D. Nuestra Señora de Valme	10:00 Aula del centro	Prof. Dra. Juana Macías	Prof. Dra. María Dolores Mateos <sup>h</sup>

#### 5.4.4. CRONOGRAMA DE LAS ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

La figura 3 muestra el cronograma de las etapas de la investigación descritas anteriormente:

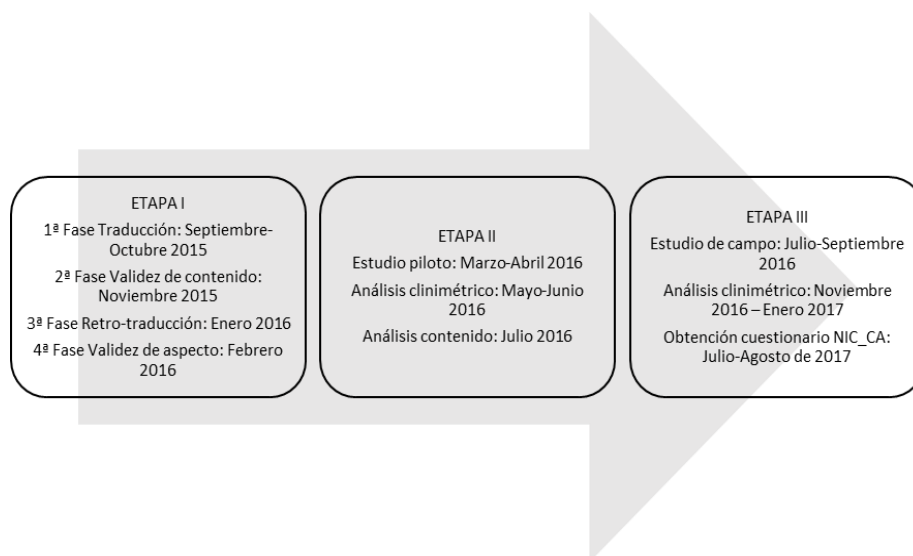


Figura 3: Cronograma de las etapas de la investigación

<sup>g</sup> Co-Directora de la presente Tesis Doctoral

<sup>h</sup> Profesora del Departamento de Enfermería, de la Facultad de Enfermería Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, con labores docentes en la Unidad Docente de Valme.

Se solicitó su participación como responsable en la recogida de datos en la Unidad Docente de Valme, dada la imposibilidad de asistir – por coincidencia de horarios y fechas con otras Unidades Docentes- de otros responsables del estudio.

## 5.5. ASPECTOS ÉTICOS

### 5.5.1. AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE CUESTIONARIOS

El desarrollo del estudio estuvo sujeto a los principios y recomendaciones establecidos en la Declaración de Helsinki respecto a la investigación con seres humanos (135). También se solicitó permiso a la autora principal del cuestionario “Caring Nurse-Patient Interactions Scale – CNPI”, la Dra. Sylvie Cossette, para su uso en esta investigación, durante el mes de enero de 2015 (ver anexo nº 1). Igualmente, la Dra. Margarita del Carmen Poblete y el Dr. Erich Roth, otorgaron su permiso para utilizar los cuestionarios “Nyberg Caring Assessment – NCA” e “Inventario de Situaciones Sociales –ISS” respectivamente (ver anexos nº 11 y 12).

### 5.5.2 AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL

Tanto para el estudio piloto como para el estudio de campo, se obtuvieron los permisos del Comité de Ética de la Investigación Biomédica de la Junta de Andalucía, del Sr. Decano de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia, y Podología de la Universidad de Sevilla, y de las Direcciones de los Centros Adscritos a la misma (ver anexos nº 5 a 7, y 14 a 19).

### 5.5.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Respecto al consentimiento informado, todos los sujetos que finalmente conformaron la muestra de estudio lo cumplieron (puede verse el modelo utilizado en los anexos nº 8 y 10). Todos los documentos firmados obran en poder de la investigadora principal del presente estudio.

## 5.6. MATERIAL

Para el desarrollo de la investigación fue necesario disponer del siguiente material:

- a) Soporte físico: adquisición de formularios específicos para la recogida de datos, a la empresa “Dara S.A.”, a cargo de la investigadora principal.
- b) Soporte técnico: *hardware* lector de hojas, así como el *software* específico, facilitados por el servicio de Informática y Comunicaciones de la Universidad de Sevilla.
- c) Soporte Informático:
  - Microsoft Excel© (134)
  - Paquete estadístico IBM SPSS Statistics© versión 24 (136)
  - Programa AMOS© para SPSS, versión 24 (137)
  - Programa Smart PLS©, versión 3 (138)

## 5.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los análisis de las variables se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics© versión 24 (136).

### 5.7.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

#### 5.7.1.1. ANÁLISIS UNI-VARIADO

En relación al análisis de las variables cualitativas, se construyeron tablas de frecuencias y porcentajes, con intervalos de confianza del 95 %. Las variables cuantitativas se describieron a partir de la media, la mediana, y la desviación típica. Además, los anteriores datos se complementaron con el diseño de los gráficos explicativos oportunos.

#### 5.7.1.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO BI-VARIADO

Respecto al análisis bi-variado entre variables cualitativas, se construyeron tablas cruzadas, y se calculó la significación de las diferencias entre grupos mediante el estadístico Chi-Cuadrado, fijando intervalos de confianza del 95%.

Para el análisis bi-variado entre una variable cualitativa y una variable cuantitativa, se procedió inicialmente al estudio de la normalidad en la distribución de ambas variables conjuntas – con el objetivo de seleccionar el estadístico de contraste más adecuado-. Así, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro Wilk, para el análisis de la normalidad, esperando encontrar valores de p superiores a 0.05 para afirmar que la distribución sigue la normalidad. Por el contrario, si el valor de p obtenido era inferior a 0.05, se utilizaron estadísticos de contraste no paramétricos. Cabe especificar que se utilizó la prueba Kolmogorv-Smirnov cuando la muestra de casos estudiados era superior a 50, y la prueba de Shapiro-Wilk cuando era inferior a 50 (139). Igualmente, se consideró en todos los casos la corrección de Lilliefors sobre el valor de la prueba de normalidad, dado que se desconocían el valor de la media y la desviación poblacionales (140).

Además, para el análisis de la normalidad del cuestionario final NIC\_CA, se añadió a los resultados de las pruebas un gráfico Q-Q. Éste, es un método gráfico para el diagnóstico de diferencias entre la distribución de probabilidad de una población, de la que se ha extraído una muestra aleatoria, y una distribución usada para la comparación. De esta forma, si la distribución de la variable es la misma que la distribución de comparación, se obtendrá, aproximadamente, una línea recta y podrá decirse que existe normalidad (141).

Los estadísticos de contraste seleccionados, entre una variable cualitativa y una variable cuantitativa, fueron los siguientes:

- a) T-Student para variables cualitativas de hasta 2 categorías – o su versión no paramétrica, la prueba U de Mann Whitney -. Además, dado que es un criterio para su utilización, se calculó la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene. De no cumplirse este criterio, la misma prueba de Levene ofrece una corrección para que el resultado del estadístico de contraste pueda ser utilizado (142).
- b) Anova de un factor para variables cualitativas con más de 2 categorías – o su versión no paramétrica, la prueba de Kruskal Wallis -. Dado que uno de los criterios para aplicar la prueba Anova de un factor es la homocedasticidad (142), se estudió previamente la homogeneidad de las varianzas con la prueba de Levene. Sólo en el caso de la no existencia de homogeneidad, se calcularon los estadísticos post-hoc de Tamhane, Dunnett, y Games-Howell, como estudio de la significación de las diferencias entre grupos (142).

Respecto al análisis entre dos variables cuantitativas, se utilizó el índice de correlación de Pearson – o sus versiones no paramétricas, *Tau b* de Kendall, o *Rho* de Spearman - (142).

### 5.7.2. ANÁLISIS CLINIMÉTRICO

El análisis clinimétrico se llevó a cabo mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics© versión 24 (136), el programa AMOS© para SPSS versión 24 (137), y el Programa Smart PLS© versión 3 (138).

#### 5.7.2.1. ESTUDIO DE LA VALIDEZ DE LA ESCALA

El estudio de la validez de la escala estuvo compuesto por tres procesos diferentes, que se describen a continuación:

##### 5.7.2.1.a VALIDEZ DE CONSTRUCTO

###### *Análisis multi-variante basado en la covarianza*

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) sobre los datos recogidos en el estudio piloto, mediante el método de extracción de factores de máxima verosimilitud, y el método “varimax” de rotación de los mismos. Éstos, fueron elegidos para el AFE puesto que en el estudio del cuestionario original, fueron los utilizados por las autoras (101, 111). Previamente, se calcularon el índice de adecuación Kaiser-Meier-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Barlett. El primero, evalúa la relación entre los ítems a partir de sus correlaciones parciales, y debe obtenerse un valor igual o superior a

0.8 para poder llevar a cabo el AFE (143). Por otro lado, la prueba de esfericidad de Barlett evalúa también la aplicabilidad del AFE, y debe obtener un valor de p inferior a 0.05, para que éste puede llevarse a cabo (143).

Para el estudio de la validez de constructo del cuestionario NIC\_CA, se llevó a cabo un nuevo AFE utilizando el método de extracción de factores de máxima verosimilitud, para que los factores extraídos explicaran tanta varianza como fuera posible de la matriz poblacional (143). Además, al contrario que en el primer AFE, se eligió el método “promax” de rotación de factores, dado que éste altera los resultados de una rotación ortogonal con el objetivo de crear una solución factorial lo más próxima a la estructura ideal (143). Igualmente, se calcularon el índice de adecuación KMO y el test de Barlett, previamente a la realización del AFE.

Una vez obtenida la solución factorial exploratoria, se sometió la misma al análisis factorial confirmatorio (AFC), como técnica de análisis multi-variante basado en la covarianza (144). Éste, se realizó mediante el programa AMOS© para SPSS versión 24. Para la estimación de los parámetros de bondad de ajuste, se optó por el método de máxima verosimilitud dado que éste tiende a aproximarse a la normalidad de la distribución (144). Respecto a la bondad de ajuste, los parámetros calculados fueron los siguientes (144):

- a) Cargas factoriales ítem-factor: debe obtener un valor mínimo de 0.7 en cada uno de los ítems para que dicho resultado sea significativo.
- b) Valor del estadístico Chi cuadrado y su significación, dado que estudia el grado en que el modelo estimado difiere del modelo poblacional. Se espera obtener un valor de p superior a 0.05, para afirmar que no existen diferencias entre la matriz estimada y la matriz poblacional.
- c) Raíz cuadrada del error cuadrático media (RMSEA): valora la discrepancia entre la matriz de observaciones y la matriz poblacional, medida en términos poblacionales, y no muestrales. En este caso, valores inferiores a 0.08 son indicativos de un buen ajuste del modelo.
- d) Índice de ajuste normalizado (NFI): realiza la reducción proporcional en la función de ajuste cuando se pasa del modelo nulo al modelo propuesto. Para este caso, también debe obtenerse un valor igual o superior a 0.9.
- e) Índice de ajuste comparativo (CFI): calcula el ajuste del modelo de forma comparativa con otros indicadores. En este caso, también debe obtenerse un valor igual o superior a 0.9.



- f) Índice de bondad de ajuste (GFI): aporta información en relación a la variabilidad explicada por el modelo, y debe obtenerse un valor igual o superior a 0.9.
- g) Índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI): es el mismo valor de GFI, aunque ajustado por los grados de libertad del modelo estimado. En este caso, también debe obtenerse un valor igual o superior a 0.9.
- h) Índice de bondad de ajuste relativo (RGFI): estudia la bondad de ajuste del modelo teniendo en cuenta el tamaño muestral y el número de indicadores. Para este caso, también debe obtenerse un valor igual o superior a 0.9.
- i) Residuo cuadrático medio estandarizado (SRMR): calcula la diferencia promedio entre las varianzas y covarianzas predichas y las observadas en el modelo. En este caso, debe obtenerse un valor inferior a 0.05 para considerar que el ajuste es bueno.

Los resultados de los parámetros descritos anteriormente no mostraron bondad de ajuste del modelo estimado – ni siquiera procediendo a realizar modificaciones respecto a ítems que poseían menor carga, como se describe en el epígrafe de resultados-. Esta situación, conjuntamente con la creación de un nuevo diseño de relaciones entre factores, basado en modelos teóricos, conllevó la elección de otro método matemático de ecuaciones estructurales - en este caso basado en la varianza -, como es la Regresión de Mínimos Cuadrados Parciales (Partial Least Squares-PLS) (145).

*Análisis multi-variante basado en la varianza*

El método de Regresión de Mínimos Cuadrados Parciales (PLS) predice las variables dependientes – al contrario que el método basado en la covarianza, que pretende estimar un modelo en el que se minimicen las discrepancias entre la matriz empírica y la matriz de datos poblacional -. En realidad, son métodos complementarios, aunque con objetivos bien diferenciados (146). Cabe decir que el método PLS se adapta mejor al estudio de modelos de desarrollo de la teoría, cuando ésta todavía es incipiente, aunque también puede ser utilizado para la confirmación de la misma. En esta línea, Chin y cols (146) indican que en aquellas situaciones en las que la teoría previa es sólida, y el objetivo es el desarrollo de la misma, sería óptimo utilizar el método basado en la covarianza; por el contrario, PLS es más adecuado para fines predictivos y exploratorios de situaciones de alta complejidad (145). Por otro lado, el método PLS permite trabajar con relaciones entre una variable latente – que pasa a llamarse “constructo”- y uno o varios ítems; a su vez, éstas pueden ser reflexivas (la dirección va

desde el constructo hacia los ítems) o formativas (la dirección se establece desde los ítems hacia el constructo) (146). Realiza un análisis de componentes principales, que vincula ítems o indicadores a constructos, y un análisis de senderos (o relaciones entre los constructos que poseen una dirección específica). El diseño de estos senderos o relaciones debe estar siempre bien fundamentado teóricamente (147).

El cálculo de los parámetros estructurales y de ajuste del modelo propuesto se llevó a cabo mediante el programa Smart PLS© versión 3 (138). Este *software* utiliza el método de mínimos cuadrados ordinarios simples (OLS) y las regresiones múltiples para estimar los parámetros, en base al método de Regresión de Mínimos Cuadrados Parciales. Se tomó la decisión de utilizar la opción de cálculo en modo “consistente”, dado que éste emplea una corrección cuyo objetivo es el modelado de los constructos por medio de factores comunes (148). Debe decirse que el método PLS evita la necesidad de realizar suposiciones respecto a las escalas de medida, ya que no implica ningún modelo estadístico previo (149). A continuación, se describen los parámetros de bondad de ajuste que fueron estimados, así como su interpretación (150,151):

- a) Validez y fiabilidad del modelo de medida
  - Fiabilidad individual del ítem: deben examinarse las cargas del indicador respecto a su constructo. Para aceptar un indicador como integrante del constructo debe obtener un valor mínimo de fiabilidad de 0.70. Si el indicador no alcanza el valor anterior, puede ser eliminado en un proceso llamado “depuración de ítems”, y ejecutar de nuevo los cálculos.
  - Fiabilidad de cada constructo: permite evaluar la consistencia interna de todos los indicadores al medir el concepto. Esta medida queda descrita con los resultados de  $\alpha$  Cronbach, Fiabilidad Compuesta del constructo, y  $\rho A$ . Todas ellas deben obtener un valor superior a 0.7.
  - Validez convergente: evalúa si los indicadores, destinados a medir un constructo o concepto, realmente miden lo que deben. Esta medida se lleva a cabo mediante la varianza extraída media (AVE), que desarrollaron Fornell y Larcker (152), y que informa acerca de la cantidad de varianza que un constructo obtiene de sus indicadores en relación a la cantidad de la misma que es debida al error de medida. Para ésta, se recomiendan valores iguales o superiores a 0.5.
  - Validez discriminante: valora en qué medida un constructo es diferente del resto; esto es, un constructo debe compartir más varianza con sus indicadores que con los otros constructos. Para evaluar la validez discriminante, existen dos métodos

diferentes: el primero, el criterio de Fornell y Larcker (150), a partir del uso de la AVE para el análisis de cargas cruzadas, y el segundo, el criterio Heterotrait-Monotrait (HTMT), desarrollado en los últimos años por Henseler y cols (153), que detecta mejor la falta de validez discriminante. Para este último, todos los constructos deben obtener un valor inferior a 0.85, y estar dentro de los valores del intervalo de confianza que ofrece el programa (151,153).

- Estudio de la colinealidad: valora si existen relaciones lineales entre indicadores mediante el factor de inflación de la varianza (VIF). Deben obtenerse, para cada indicador, valores inferiores a 3.3, para afirmar que no existe colinealidad (147,151).

b) Valoración del modelo estructural global

En el modelo diseñado por el investigador, existen dos “sub-modelos”: el modelo interno (la estructura de relaciones entre los constructos, y los propios constructos en sí) y el modelo externo (las relaciones de los indicadores o ítems con cada uno de los constructos). Para evaluar toda la estructura, es necesario analizar inicialmente el modelo interno a partir de los siguientes parámetros (150,151):

- $R^2$  de cada variable latente o constructo, que mide la cantidad de varianza del mismo que es explicada por el modelo. En este caso, deben obtenerse valores superiores a 0.1.
- Tamaño del efecto o  $f^2$ , que explora los cambios en el indicador  $R^2$  para determinar si la influencia de una variable latente particular sobre un constructo dependiente tiene un impacto sustantivo. Así, deben obtenerse valores superiores a 0.15, para que el efecto sea medio, o iguales o superiores a 0.2, para que el tamaño del efecto sea grande.
- Los coeficientes “path” o de sendero, que son pesos de regresión estandarizados entre dos constructos, y se valoran mediante el coeficiente  $\beta$ . Esta medida debe obtener al menos un valor de 0.2, aunque idealmente debería ser de 0.3 o más.

En relación a la evaluación del modelo global, el interno y el externo, se calculan los siguientes índices (154):

- Normalización de la raíz cuadrada media residual (SRMR) que, como ya se especificó anteriormente, mide la diferencia entre la matriz de correlaciones observada y la matriz de correlaciones poblacional. Así, un modelo tiene un buen ajuste cuando el valor de SRMR es inferior a 0.08.

- Índice de ajuste normalizado (NFI): realiza la reducción proporcional en la función de ajuste cuando se pasa del modelo nulo al modelo propuesto. Para este caso, también debe obtenerse un valor igual o superior a 0.9.
- Distancia Geodésica (d\_G) y Distancia Euclidiana al cuadrado (d\_OLS): ambas estudian la distancia que existe entre el modelo estimado y el modelo que se daría en la población. Su valor debe tener una significación, p valor, superior a 0.05, puesto que esto indica que no existen diferencias entre ambos modelos.

c) Precisión de las medidas de bondad de ajuste (154)

Para la obtención de los parámetros que valoran la bondad de ajuste deben someterse los datos a la técnica de “Boostrapping” – también se optó por el modo “consistente” para esta técnica-. Ésta, es una herramienta no paramétrica, basada en métodos inferenciales, para estimar la precisión de las estimaciones realizadas con el cálculo que se realiza inicialmente. En esencia, es un procedimiento de “remuestreo”, en el que se crean N conjuntos de muestras, a partir del total de la muestra estudiada, con el fin de obtener N estimaciones de cada parámetro. Una vez obtenidos los resultados, se valoran de nuevo todos los parámetros anteriores, en base a los mismos valores críticos descritos, para evaluar la bondad de ajuste del modelo de forma más precisa.

d) Relevancia predictiva del modelo

Una de las principales características del uso del método PLS en modelos de ecuaciones estructurales es el estudio de la capacidad predictiva del modelo estimado (151,155). Así, mediante el algoritmo “blindfolding” que ofrece también el programa Smart PLS© versión 3, se obtiene el cálculo de  $Q^2$  o redundancia cruzada. Éste, postula que el modelo estructural estimado debe ser capaz de predecir cada indicador del constructo latente (156). Respecto al resultado obtenido de  $Q^2$ , éste debe ser superior a 0 para poder afirmar que el modelo estimado tiene relevancia predictiva o explicativa de los constructos sobre sus indicadores (157).

*Análisis multi-variante basado en la covarianza complementario*

Tras el diseño del modelo de constructos, y el cálculo de los parámetros mediante el método PLS, se tomó la decisión de realizar un nuevo análisis factorial confirmatorio con 4 de los 5 constructos del modelo que sí presentaban una relación covariante entre sí. Es de decir, aunque el modelo PLS ofreció resultados positivos en relación a la bondad de ajuste del modelo, se ejecutó como método complementario un nuevo análisis basado a la covarianza, mediante el programa AMOS© para SPSS

versión 24 (137). Los resultados obtenidos, conjuntamente con los recabados mediante el método PLS, basaron la definición y decisión final de la estructura del cuestionario – y que se abordará en posteriores epígrafes -.

#### 5.7.2.1.b. VALIDEZ DE CONTENIDO

Se procedió al análisis del ajuste teórico de la versión final del cuestionario a la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (131). De esta forma, reunidas la investigadora principal y ambas co-directoras de esta Tesis el día 17 de Julio de 2017, se llevó a cabo dicho análisis. Para ello, se evaluó el contenido semántico de cada uno de los ítems de la versión final y su relación con alguno de los Factores del Cuidado (FC) de Watson - procurando abarcar, con el total de los ítems finales, los diez FC que propone la teoría (131) -. De igual forma, se discutió cuál de los dos modelos estructurales obtenidos representaba mejor la esencia de la teoría. Llegados a este punto, se consensuó la estructura dimensional definitiva, y se procedió a dar nombre a las dimensiones del cuestionario final, y a la herramienta en sí como “Nursing Interactions in Caring\_ Competence Assessment” (NIC\_CA).

Por otro lado, se tomó la decisión de contactar con la Dra. Jean Watson, a través de correo electrónico –puesto que la misma, reside actualmente en Colorado (USA)-, para solicitar su opinión experta respecto al contenido del cuestionario NIC\_CA. La intención fue conocer la opinión de la propia autora de la Teoría del Cuidado Humano respecto a si el cuestionario NIC\_CA mantenía la esencia de la misma. Así, tal como puede verse en el anexo nº 19 del presente informe, se sucedieron una serie de correos electrónicos con la Dra. Jean Watson, durante los meses de septiembre y octubre de 2017. De igual forma, se le remitió un pequeño informe con los 16 ítems de cuestionario NIC\_CA, así como la estructura dimensional del mismo (puede verse el informe remitido a la Dra. Watson en el anexo nº 20). En consecuencia, la autora emitió su juicio experto, considerando finalmente que el cuestionario NIC\_CA mantenía la esencia de su teoría, y aportando incluso nuevas relaciones entre los constructos del modelo interno del cuestionario y los 10 Factores del Cuidado de su teoría.

#### 5.7.2.1.c. VALIDEZ DE CRITERIO

Con el objetivo de analizar la validez de criterio del cuestionario NIC\_CA, se correlacionaron las respuestas que dieron los sujetos al mismo con las que otorgaron al cuestionario “Nyberg Caring Assessment (NCA)” (102, 156). El resultado, mediante el índice de correlación rho de Spearman –dada la falta de normalidad en la distribución de los datos- fue un valor positivo, aunque cercano a 0. Procurando dar solución a esta

falta de correlación entre ambos cuestionarios, se identificaron aquellos ítems del cuestionario NCA que compartían significado con alguno de los ítems del cuestionario NIC\_CA. Tras ello, se sumó de nuevo la puntuación final de los sujetos para cada uno de los cuestionarios, y se procedió a calcular la correlación entre las nuevas puntuaciones – que ofreció de nuevo un valor cercano a 0 -. Por ello, dada la falta de correlación entre ambos cuestionarios, el NCA no pudo ser utilizado como “patrón oro”, y no se ha podido aportar datos respecto a la sensibilidad y especificidad del cuestionario NIC\_CA.

No obstante, dada la pretensión de construir un baremo de corrección para el cuestionario NIC\_CA, se optó por utilizar para ello los valores de la mediana, los cuartiles y los percentiles – complementando este análisis con un “diagrama de cajas y bigotes”-. Además, los tres niveles del baremo obtenidos fueron sometidos a un contraste de hipótesis para el estudio de la existencia, o no, de solapamiento entre ellos.

#### *5.7.2.2. ESTUDIO DE LA FIABILIDAD DE LA ESCALA*

El estudio de la fiabilidad de la escala se llevó a cabo mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics© versión 24 (136). Respecto al estudio piloto, se calculó la fiabilidad - para cada factor extraído de forma individual, y para el cuestionario global - a partir del índice de  $\alpha$  Cronbach, fijando como valor crítico una puntuación superior a 0.7 (159). Para el estudio de la fiabilidad del cuestionario NIC\_CA se calcularon además los índices de fiabilidad compuesta y  $\rho$  A, que son específicos del método PLS, fijando también como valor crítico una puntuación superior a 0.7 (159).

#### *5.7.2.3. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA COMPETENCIA EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE Y LA COMPETENCIA EN HABILIDADES SOCIALES*

Con el objetivo de analizar la relación entre la competencia medida por el cuestionario NIC\_CA y la competencia en habilidades sociales, se correlacionaron las puntuaciones de los sujetos al cuestionario NIC\_CA y al cuestionario ISS (Inventario de Situaciones Sociales) (122). Previamente, se analizó la normalidad en la distribución de puntuaciones para cada cuestionario, encontrando que el cuestionario ISS no la presentaba. Este hecho, motivó la elección de pruebas de correlación no paramétricas, y por tanto, se utilizaron los índices  $Tau$  B de Kendall y  $Rho$  Spearman para correlacionar los datos (142).

## **5.8. ESTUDIO DE LA CALIDAD METODOLÓGICA**

Se evaluó la calidad de las propiedades psicométricas de la versión final del cuestionario NIC\_CA mediante los estándares desarrollados en la guía “Consensus based standards for the Selection of Health Measurement Instruments” (COSMIN) (160). En base a las características del presente estudio, y siguiendo las indicaciones de la guía COSMIN (160), se evaluaron la consistencia interna, fiabilidad, validez de contenido, validez de estructura, validez de criterio, y adaptación cultural (ver anexo n° 21).

## 6. RESULTADOS

### 6.1 CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO “NURSING INTERACTIONS IN CARING\_COMPETENCE ASSESSMENT (NIC\_CA)”

#### 6.1.1. ETAPA I: ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL

A finales del mes de octubre de 2015 se obtuvieron cuatro traducciones del cuestionario “Caring Nurse-Patient Interactions Scale – 70 ítems (CNPI)”, que fueron recodificadas con letras de la A a la D para su tratamiento durante la reunión de expertos (ver anexo nº 2). En la misma, que tuvo lugar el 26 de noviembre de 2015, se consensó, para cada ítem o sección del cuestionario, la mejor de las cuatro traducciones obtenidas (A, B, C o D); además, en algunos casos, se realizaron pequeñas modificaciones gramaticales que se muestran en la tabla 10:

Tabla 10: Consenso del panel de expertos respecto a la traducción de ítems o secciones del cuestionario original

Nº DE ÍTEM/SECCIÓN	VERSIÓN CONSENSUADA	MODIFICACIONES REALIZADAS
Enunciado cuestionario	A	
Opciones de respuesta	A	
1	B	Se añade “en todas sus dimensiones“
2	B	
3	B	
4	A	Verbo en infinitivo
5	Sin consenso	Se redacta: “No escandalizarse“
6	A	Verbo en infinitivo
7	A	Verbo en infinitivo
8	B	
9	B	
10	A	Verbo en infinitivo
11	D	
12	B	
13	B	
14	A	Verbo en infinitivo
15	Sin consenso	Se redacta: “Mostrar consciencia de sus sentimientos y de los de sus allegados”
16	Sin consenso	Se redacta: “ Saber elegir el momento adecuado para tratar con ellos acerca de su situación de salud “
17	B	Se elimina la palabra “cómo“
18	Sin consenso	Se redacta: Hacerles entender cómo sus allegados están viviendo su situación de salud “
19	D	
20	Sin consenso	Se redacta: “Escuchar a los pacientes y a sus allegados atentamente“
21	B	Se modifica el pronombre reflexivo y el determinante posesivo a 2ª persona del singular
22	B	Se modifica la palabra “conveniente “por “posible”, así como el pronombre reflexivo a 2ª persona del singular
23	A	Verbo en infinitivo
24	A	Verbo en infinitivo
25	A	Verbo en infinitivo, y 2º verbo en gerundio



Tabla 10: Consenso del panel de expertos respecto a la traducción de ítems o secciones del cuestionario original (continuación)

Nº DE ÍTEM/SECCIÓN	VERSIÓN CONSENSUADA	MODIFICACIONES REALIZADAS
26	D	
27	B	
28	C	
29	C	
30	D	
31	D	
32	D	
33	D	
34	D	Se modifica la palabra “sobrellevar” por “afrontar”
35	D	
36	D	
37	D	
38	D	
39	D	
40	A	Verbo en infinitivo
41	D	
42	D	
43	C	Se modifica “aquellos más cercanos” por “sus allegados “
44	A	Verbo en infinitivo y se modifica “el cuidado auto-administrado“ por “el autocuidado“
45	A	Verbo en infinitivo
46	D	
47	A	Verbo en infinitivo
48	D	
49	D	
50	D	
51	A	Verbo en infinitivo
52	D	
53	A	Verbo en infinitivo
54	D	
55	D	
56	D	
57	D	
58	Sin consenso	Se redacta: “Preparar y administrar los tratamientos en el tiempo programado“
59	A	Verbo en infinitivo, y se modifica “ los “por “sus”
60	B	
61	A	Verbo en infinitivo
62	B	
63	B	Se modifica artículo demostrativo a 2ª persona del singular
64	D	
65	C	Se modifica “en su situación” por “ con ellos mismos“
66	D	
67	D	
68	A	Verbo en infinitivo
69	A	Verbo en infinitivo, y se modifica “buscar“ por “recuperar“
70	D	

En relación a las traducciones del título de los 10 Factores de Cuidado de la Teoría de Jean Watson, contenidos en la versión original del cuestionario, se muestran los resultados del consenso en la tabla 12:

Tabla 11: Consenso del panel de expertos respecto a la traducción del nombre de los Factores de Cuidado

FACTOR CUIDADO	VERSIÓN CONSENSUADA	MODIFICACIONES REALIZADAS
1	A	
2	Sin consenso	Se redacta siguiendo las directrices de la publicación aportada por el panel de expertos (131)
3	B	
4	A	Se eliminan las palabras “ en el cuidado “
5	B	
6	Sin consenso	Se redacta siguiendo las directrices de la publicación aportada por el panel de expertos (131)
7	A	Se modifica la palabra “ transpersonal “ por “ interpersonal”
8	Sin consenso	Se redacta siguiendo las directrices de la publicación aportada por el panel de expertos (131)
9	D	
10	Sin consenso	Se redacta siguiendo las directrices de la publicación aportada por el panel de expertos (131)

La versión final de la traducción al español del cuestionario CNPI (ver anexo nº 3) fue retro-traducida al inglés por tres expertos, y dichas versiones fueron de nuevo recodificadas con las letras de la A a la C (ver anexo nº 4). Cada una de ellas, fue evaluada por un nuevo experto, en relación a su validez de aspecto, en una reunión mantenida durante el mes de febrero de 2016. Tras la misma, se concluyó que el contenido de la versión traducida era muy similar a la versión original del cuestionario CNPI, así como su forma y estructura.

## 6.1.2. ETAPA II: ESTUDIO PILOTO

### 6.1.2.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

El perfil de la muestra participante se describe en la tabla 12:

Tabla 12: Perfil de la muestra del estudio piloto

TAMAÑO MUESTRAL	<i>HOMBRES</i>	N=13 (17,6%)	Total: 74
	<i>MUJERES</i>	N=61 (82,4%)	
EDAD MEDIA		24 años	
UNIDADES DOCENTES	<i>VIRGEN DEL ROCÍO</i>	N=54 (72,9%)	
	<i>VIRGEN DE VALME</i>	N=13 (17,5%)	
	<i>VIRGEN MACARENA</i>	N=7 (9,4%)	

Se estudió la significación estadística de las diferencias entre la distribución de las variables sexo, edad, y tiempo de respuesta, entre las tres unidades docentes (UD).

Los resultados obtenidos, reflejados en la tabla 13, con un valor fijado de  $\alpha=0.05$ , indican que no existen diferencias significativas entre las tres unidades docentes:

Tabla 13: Análisis estadístico bi-variado del estudio piloto (I)

VARIABLES ASOCIADAS	ESTADÍSTICO	RESULTADO ( $\alpha=0.05$ )
UD y sexo	Chi-cuadrado de Pearson	1.22 (p= 0.54)
UD y edad	Prueba de Kruskal Wallis	0.74 (p=. 0.69)
UD y tiempo respuesta	Prueba de Kruskal Wallis	1.48 (p= 0.47)

Respecto a las respuestas de los sujetos a los ítems del cuestionario, cabe mencionar que la puntuación máxima posible eran 350 puntos (5 puntos\*70 ítems), y la mínima, de 70 puntos (1 punto\*70 ítems). Se obtuvo una media de 293 puntos, con una desviación estándar (SD) de 26. Además, el análisis de la significación de las diferencias entre la distribución de las puntuaciones obtenidas según las variables sexo, edad, y unidad docente, descrito en la tabla 14, mostró que éstas no eran significativas:

Tabla 14: Análisis estadístico bi-variado del estudio piloto (II)

VARIABLES ASOCIADAS	ESTADÍSTICO	RESULTADO ( $\alpha=0.05$ )
Puntuación final y sexo	T-Student	0.34 (p=.0.58)
Puntuación final y unidad docente	ANOVA de un factor	2.00 (p= 0.14)
Puntuación final y edad	R Pearson	0,07 (p=0.2)

#### 6.1.2.2 ANÁLISIS CLINIMÉTRICO: FACTORIAL EXPLORATORIO

El cálculo de la prueba de adecuación de la muestra de Kaiser-Meier-Olkin (KMO) obtuvo un resultado de 0.819, y la prueba de esfericidad de Barlett ofreció un valor de  $p=0.00$ . Dado que estos valores fueron adecuados(143), se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio (AFE), reproduciendo los criterios del estudio original de reducción de variables (161). Se utilizó el método de extracción de “Máxima Verosimilitud”, con una rotación de factores tipo “Varimax”, suprimiendo las ponderaciones de ítem en el factor inferiores a 0.40. Con estos criterios, se obtuvo una solución de 8 factores que explica el 63% de la varianza, y un total de 28 ítems (puede verse la versión completa de los ítems en el anexo n° 9), tal como se observa en la tabla 15:

Tabla 15: Análisis factorial exploratorio de la versión pilotada

ITEM	FACTORES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
V7								,89
V8		,55						,43
V9		,69						
V10		,53						
V11		,70						
V12		,66						
V18						,52		
V19						,86		
V27							,79	
V33			,70					
V34			,83					
V35			,63					
V36			,65					
V39							,43	
V44					,62			
V45					,64			
V46					,80			
V47					,55			
V51				,68				
V52				,66				
V55				,70				
V64				,69				
V65	,49							
V66	,59							
V67	,62							
V68	,67							
V69	,72							
V70	,71							

[NOTA: Cada ítem del cuestionario fue renombrado con la sigla "V" y el número de ítem del cuestionario original. Los valores internos de la tabla hacen referencia a la carga factorial del ítem en cada factor]

La figura 4 muestra gráficamente la estructura factorial y los ítems que poseen carga en cada factor:

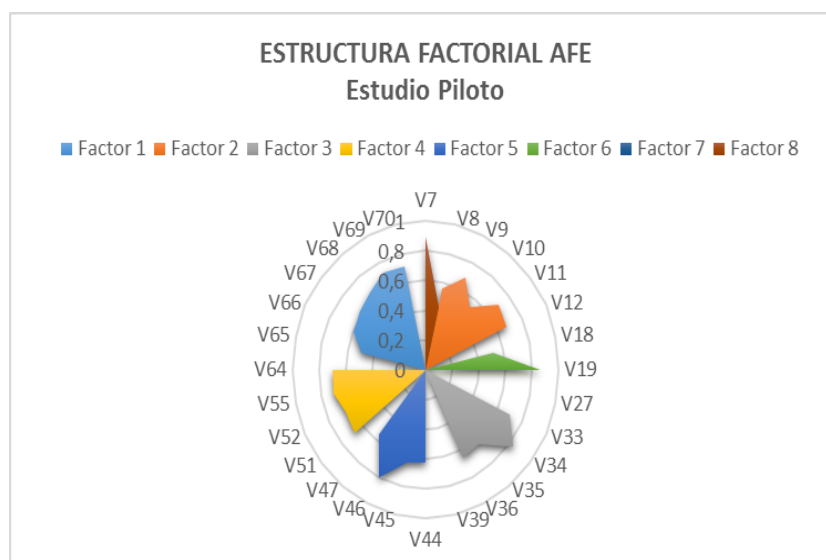


Figura 4: Estructura factorial (AFE) del estudio piloto

Se analizó la consistencia interna de la versión reducida, con un resultado de  $\alpha=0.92$ . Además, los valores de fiabilidad obtenidos para cada factor pueden observarse en la tabla 16:

Tabla 16: Valores de  $\alpha$  Cronbach para cada factor extraído (estudio piloto)

FACTOR	$\alpha$ CRONBACH
1	0.876
2	0.842
3	0.844
4	0.799
5	0.801
6	0.734
7	0.622
8	0.722

Finalizado el AFE se llevó a cabo el análisis de contenido de la versión reducida, por parte de una nueva experta en historia, teoría y métodos en enfermería. Reveló que la versión obtenida era fiel a la esencia de la teoría de Jean Watson (131). No obstante, cabe destacar que, respecto a los Factores de Cuidado de la teoría (131), no aparece ningún ítem de las secciones dedicadas al Factor nº 1 y al Factor nº 4 de la versión original del cuestionario CNPI. Este hecho, se discutió ampliamente durante la reunión con la experta, y se llegó a los siguientes consensos:

- a) El Factor de Cuidado nº1, cuyo nombre es “Humanismo: formación de un sistema de valores humanístico-altruista”, poseía en la versión inicial del cuestionario CNPI-70 un total 6 ítems. Los mismos, fueron eliminados durante el proceso de AFE, aunque quedan todos ellos reflejados, en relación al contenido conceptual de los mismos, en otros ítems que sí forman parte de la versión reducida. Al respecto, se elaboró la tabla explicativa 17:

Tabla 17: Ítems originales del Factor de Cuidado nº 1 eliminados y su representación en otros ítems de la versión reducida por AFE en el estudio piloto

Nº ITEM DEL CUESTIONARIO ORIGINAL	ÍTEMS DE LA VERSIÓN REDUCIDA QUE COMPARTEN EL CONTENIDO CONCEPTUAL
1	55, 64, y 70
2	35, 65 y 68
3	66, 67 y 70
4	18, 19 y 70
5 y 6	39, 44, 45, 46, y 47

- b) Respecto al Factor de Cuidado nº 4, cuyo nombre es “Relación de ayuda: desarrollo de una relación de ayuda-confianza”, poseía en la versión original del cuestionario CNPI-70 un total de 7 ítems. De igual forma que con el Factor de Cuidado nº1, fueron eliminados durante el proceso de AFE, aunque quedan

reflejados en otros ítems de la versión reducida. La tabla 18 muestra esta relación:

Tabla 18: Ítems originales del Factor de Cuidado nº 4 eliminados y su representación en otros ítems de la versión reducida por AFE en el estudio piloto

Nº ITEM DEL CUESTIONARIO ORIGINAL	ÍTEMS DE LA VERSIÓN REDUCIDA QUE COMPARTEN EL CONTENIDO CONCEPTUAL
20	18 y 19
21, 22, 23, y 24	39, 44, 45, 46, y 47
25	18, 19 y 70
26	66, 67 y 70

Para el resto de Factores del Cuidado, la versión reducida por AFE mantenía al menos un ítem de los contemplados para dicho Factor en la versión original del cuestionario (111).

### 6.1.3. ETAPA III: ESTUDIO DE CAMPO

#### 6.1.3.1 PERFIL DE LA MUESTRA

El perfil general de la muestra se describe en la tabla 19:

Tabla 19: Perfil general del estudio de campo

TAMAÑO MUESTRAL	<i>HOMBRES</i>	N=71 (21,4%)	Total N=332
	<i>MUJERES</i>	N=261 (78,6%)	
ESTRATOS DE EDAD	<i>20 -26 años</i>	N=301 (90,66%)	
	<i>27 – 40 años</i>	N=22 (6,63%)	
	<i>&gt;40 años</i>	N=9 (2,71%)	
CENTROS	<i>VIRGEN DEL ROCÍO</i>	N=68 (12,9%)	
	<i>VIRGEN DE VALME</i>	N=43 (17,5%)	
	<i>VIRGEN MACARENA</i>	N=70 (21,08%)	
	<i>CRUZ ROJA</i>	N=46 (13,8%)	
	<i>SAN JUAN DE DIOS</i>	N=47 (14,1%)	
	<i>OSUNA</i>	N=58 (17,4%)	

#### 6.1. 3.2. ANÁLISIS CLINIMÉTRICO

##### 6.1.3.2.a. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO (AFE)

Se realizó un nuevo AFE utilizando el método de “Máxima Verosimilitud”, y el método “Promax” de rotación de factores (143). Previamente, el cálculo de la prueba KMO ofreció un valor de 0.92, y la prueba de Barlett una  $p=0.000$ . La solución factorial obtenida, tal como muestra la tabla 20, se compone de 5 factores y 26 ítems, explicando el 60,48% de la varianza:

Tabla 20: Análisis factorial exploratorio de la versión traducida al español de 26 ítems

ITEMS	FACTORES				
	1	2	3	4	5
CNPI8	0,71				
CNPI9	0,65				
CNPI10	0,61				
CNPI11	0,67				
CNPI12	0,78				
CNPI19				0,59	
CNPI27				0,52	
CNPI33				0,69	
CNPI34				0,67	
CNPI35	0,62				
CNPI36				0,67	
CNPI39				0,73	
CNPI44				0,68	
CNPI45		0,49			
CNPI46					0,64
CNPI47					0,88
CNPI51					0,64
CNPI52		0,75			
CNPI55		0,75			
CNPI64		0,75			
CNPI65			0,60		
CNPI66			0,66		
CNPI67			0,82		
CNPI68			0,81		
CNPI69			0,70		
CNPI70			0,57		

Fueron eliminados el ítem nº 1 y el ítem nº 7 por tener cargas inferiores a 0.4. Debe observarse en la tabla 20 que el ítem CNPI45 posee una carga de 0.49, siendo ésta la más baja de todas. Por ello, también fue eliminado, ejecutándose un nuevo AFE; no obstante, el modelo factorial obtenido presentó cambios notables respecto al descrito en la tabla 20, que modificaban gravemente el resto de cargas. Por este motivo, se tomó la decisión de mantener el ítem CNPI45.

Se calculó la fiabilidad total de la escala, con un valor de  $\alpha = 0.92$ , así como de cada uno de los 5 factores, tal como muestra la tabla 21, y se obtuvieron valores superiores a 0.7 que pueden considerarse válidos (159):

Tabla 21: Resultados de fiabilidad para cada factor extraído (estudio de campo)

FACTOR	$\alpha$ CRONBACH
1	0,83
2	0,76
3	0,84
4	0,84
5	0,76

6.1.3.2.b. ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO y REGRESIÓN DE MÍNIMOS CUADRADOS PARCIALES

El cuestionario original del que partió este estudio – la escala “Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI)”- utilizó el análisis factorial confirmatorio (AFC) como método de análisis de la validez de constructo (26). Manteniendo la esencia de dicho estudio original, se procedió a ejecutar también el mismo método. La figura 2 muestra el diseño del modelo, realizado mediante AMOS©, previo al cálculo de los parámetros:

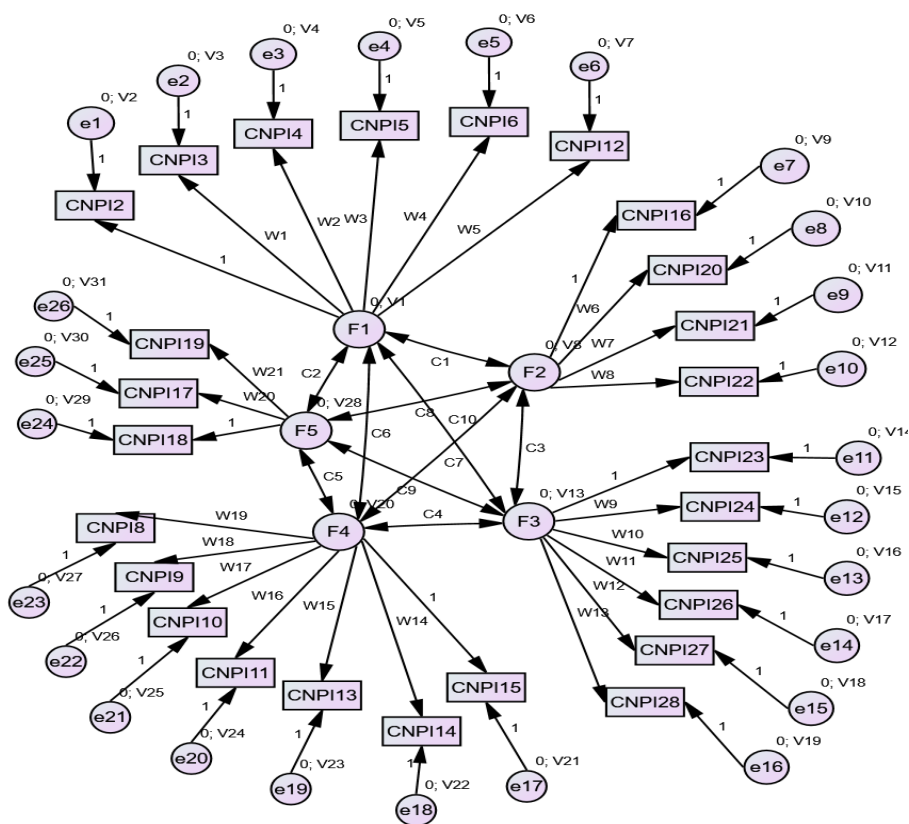


Figura 5: Diseño del modelo mediante AMOS©

El cálculo de los parámetros de bondad de ajuste ofreció los resultados recogidos en la tabla 22:

Tabla 22: Resultados de los parámetros de bondad de ajuste con AMOS©

Modelo	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	NPAR	CMIN	RMSEA	LO 90	HI 90
	Delta1	rho1	Delta2	rho2						
Por defecto	0,80	0,78	0,86	0,84	0,86	62	808,80	0,07	0,06	0,08
Saturado	1		1		1	351	0	0,19	0,18	0,19
Independiente	0	0	0	0	0	26	4198,17	932,80	943,82	1168,72



Nótese que el valor del estadístico chi-cuadrado (CMIN) es de 808,80 ( $p < 0.05$ ); por tanto, existen diferencias significativas con el modelo poblacional. Igualmente, los valores obtenidos para NFI, CFI, IFI, RFI y TLI (ver tabla 22) son todos inferiores a 0.9. Respecto al valor de RMSEA (ver tabla 22), éste es inferior a 0.08, siendo el único resultado que es significativo -en favor del modelo estructural planteado (144)-. Así mismo, se obtuvo un valor de RMR de 0.045, muy cercano a 0, y por tanto, demostrando un cierto ajuste con el modelo poblacional (144).

Debido a la falta de bondad de ajuste del modelo, se realizaron algunas modificaciones en el diseño del mismo, tales como la eliminación de ítems con poca carga, y/o variaciones en dichas eliminaciones. No obstante, los resultados obtenidos nunca ofrecieron valores significativos - excepto el valor de RMR, que se mantuvo siempre relativamente cercano a 0-. Por todo ello, se tomó la decisión metodológica de analizar la estructura del cuestionario bajo una hipótesis de varianza entre factores, en lugar de covarianza entre los mismos (145). Este método es considerado complementario al análisis factorial confirmatorio (146). Así, se utilizó un método de ecuaciones estructurales basado en la varianza, la Regresión de Mínimos Cuadrados Parciales (Partial Least Squares – PLS), como herramienta de análisis de las relaciones causales entre los 5 factores extraídos por el AFE inicial. Para ello, se identificaron una serie de “camino” o direcciones, teóricamente fundamentados, entre los 5 factores, y se procedió a realizar el análisis clinimétrico mediante el programa Smart PLS© versión 3 (138). Cabe destacar que se mantuvieron los 5 factores iniciales, dado que en los cálculos realizados con AMOS© (137) – y descritos anteriormente en la tabla 22-, el valor RMR siempre fue cercano a 0, lo que indica cierto ajuste con el modelo poblacional (144). De esta forma, modelizando varios diseños estructurales, a partir de los 26 ítems que conformaron la estructura de 5 factores (ver tabla 20) – y de las relaciones o “senderos” teóricos entre los mismos-, se ejecutaron cálculos seriados, conjuntamente con la eliminación de diferentes ítems – siempre motivada por cuestiones teóricas -. La figura 6 presenta el diseño de las relaciones o “senderos” entre los cinco factores, ideado en base a fundamentos teóricos que serán abordados en la discusión del presente estudio de forma exhaustiva. Debe mencionarse que, debido a la conceptualización y nomenclatura exigidas por el método matemático empleado, los factores pasan a llamarse “constructos”, y la relación entre los mismos, identifica el modelo interno del cuestionario (146,151):

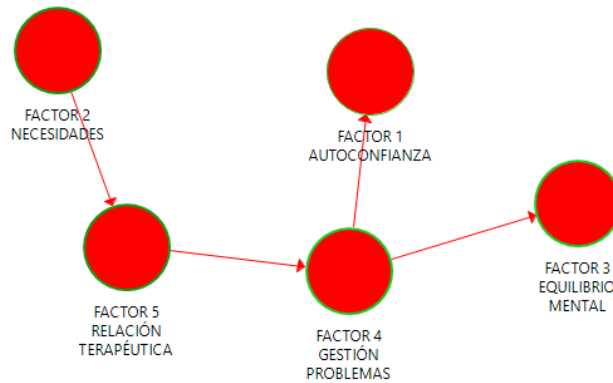


Figura 6: Diseño de “senderos” o relaciones entre constructos

[Cada “constructo” en rojo está identificado con el número del factor inicial, extraído por AFE, y un nombre creado “ad hoc”]

La figura 6 representa gráficamente la siguiente relación entre los 5 constructos: existe un camino directo entre el constructo “necesidades-factor 2” y el constructo “relación terapéutica-factor 5”. Desde este último, el sendero continúa hacia el constructo “Gestión de problemas-factor 4”. A partir de ahí, derivan dos caminos: el primero, hacia el constructo “Autoconfianza-factor 1”, y el segundo, hacia el constructo “Equilibrio mental-factor 5”. Cabe destacar que los constructos han sido renombrados en base al contenido de los ítems que tienen peso en cada uno de los mismos (durante el análisis de contenido del cuestionario NIC\_CA, se abordará este tema con mayor profundidad). La figura 7 muestra el diseño del modelo de senderos anterior conjuntamente con los ítems que tienen peso en cada constructo –todos ellos conforman el modelo externo del cuestionario–:

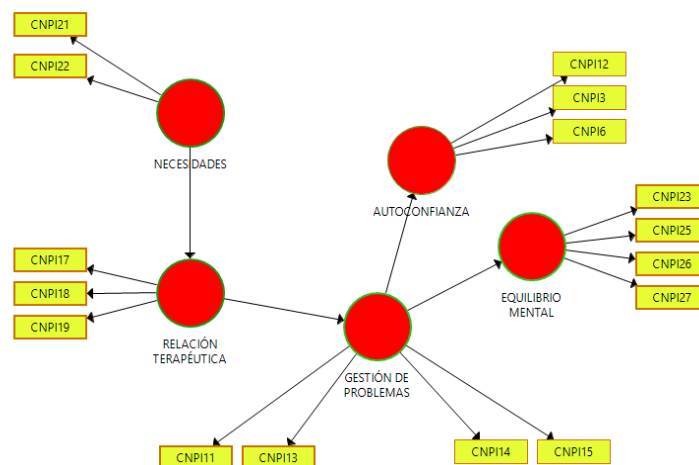


Figura 7: Diseño del modelo interno y del modelo externo

Una vez establecido el diseño, los cálculos de los diferentes parámetros de bondad de ajuste - en su modalidad “consistente” y mediante la herramienta “bootstrapping”- fueron los siguientes:

a) Coeficientes “path” o de sendero:

Tabla 23: Coeficientes “path” o senderos entre constructos

	AUTOCONFIANZA	EQUILIBRIO MENTAL	GESTION DE PROBLEMAS	NECESIDADES	RELACIÓN TERAPÉUTICA
AUTOCONFIANZA					
EQUILIBRIO MENTAL					
GESTION DE PROBLEMAS	0,81	0,79			
NECESIDADES					0,63
RELACIÓN TERAPÉUTICA			0,80		

Véase en la tabla 23 que los valores de los coeficientes de sendero obtenidos son todos mayores a 0.3. Por tanto, indican tamaños de efecto estadísticamente significativas según el modelo PLS (150).

b) Cargas de los ítems para cada constructo

Tabla 24: Cargas factoriales de cada ítem con su constructo

	Muestra original (O)	Media de la muestra (M)	P Valores
CNPI11 <- GESTION DE PROBLEMAS	0,72	0,72	0,000
CNPI12 <- AUTOCONFIANZA	0,79	0,78	0,000
CNPI13 <- GESTION DE PROBLEMAS	0,72	0,72	0,000
CNPI14 <- GESTION DE PROBLEMAS	0,62	0,62	0,000
CNPI15 <- GESTION DE PROBLEMAS	0,64	0,64	0,000
CNPI17 <- RELACIÓN TERAPÉUTICA	0,72	0,72	0,000
CNPI18 <- RELACIÓN TERAPÉUTICA	0,75	0,75	0,000
CNPI19 <- RELACIÓN TERAPÉUTICA	0,70	0,70	0,000
CNPI21 <- NECESIDADES	0,75	0,75	0,000
CNPI22 <- NECESIDADES	0,80	0,80	0,000
CNPI23 <- EQUILIBRIO MENTAL	0,76	0,75	0,000
CNPI25 <- EQUILIBRIO MENTAL	0,66	0,66	0,000
CNPI26 <- EQUILIBRIO MENTAL	0,74	0,74	0,000
CNPI27 <- EQUILIBRIO MENTAL	0,79	0,79	0,000
CNPI3 <- AUTOCONFIANZA	0,53	0,53	0,000
CNPI6 <- AUTOCONFIANZA	0,70	0,70	0,000

En la tabla 24 se observa que las cargas factoriales de los ítems en cada factor son mayores a 0.6. No obstante, para el ítem “CNPI3”, la carga factorial es inferior a 0.6. Este hecho motivó la eliminación del ítem para el constructo “autoconfianza”, obteniendo resultados poco alentadores respecto a la bondad de ajuste y fiabilidad del modelo. Por ello, y debido al contenido conceptual del mencionado ítem, se tomó la decisión de mantenerlo (162)– este tema, se abordará en el análisis de contenido del

cuestionario NIC\_CA -. Igualmente, puede verse que los valores de probabilidad obtenidos para la relación de cada ítem con su constructo son inferiores a 0.05. Por ello, puede decirse que dichas relaciones son significativas, y conllevan el rechazo de la hipótesis nula; esto es, se acepta que las relaciones ítem-constructo son significativas.

c)  $R^2$  para cada constructo con intervalos de confianza

Tabla 25: Resultados  $R^2$  para cada constructo con intervalos de confianza

	R cuadrado	2.5%	97.5%
AUTOCONFIANZA	0,67	0,52	0,83
EQUILIBRIO MENTAL	0,63	0,50	0,77
GESTION DE PROBLEMAS	0,65	0,51	0,79
RELACIÓN TERAPÉUTICA	0,40	0,28	0,54

Obsérvese en la tabla 25 que los valores de  $R^2$  obtenidos son todos mayores a 0.1. Por tanto, tomando como base dichos valores, que reflejan cantidad de varianza de cada constructo explicada por el modelo, puede decirse que el modelo interno planteado es bueno (150). Así mismo, debe destacarse que todos los valores de  $R^2$  se encuentran por debajo de los valores calculados para un nivel de confianza del 97,5%, tal como se observa en la tabla anterior.

d) Tamaño del efecto o  $F^2$  entre constructos con intervalos de confianza

Tabla 26: Resultados tamaño del efecto o  $F^2$  entre constructos con intervalos de confianza

	Muestra original	2.5%	97.5%
GESTION DE PROBLEMAS -> AUTOCONFIANZA	2,02	1,11	4,87
GESTION DE PROBLEMAS -> EQUILIBRIO MENTAL	1,75	1,01	3,35
NECESIDADES -> RELACIÓN TERAPÉUTICA	0,68	0,39	1,21
RELACIÓN TERAPÉUTICA -> GESTION DE PROBLEMAS	1,88	1,06	3,87

Respecto a los valores del tamaño del efecto de la relación entre los constructos, la tabla 26 refleja que todos son superiores a 0.35. Por tanto, el efecto de dichas relaciones es fuerte (150).

e) Fiabilidad y validez de constructo

Tabla 27: Resultados cálculos de la fiabilidad y la validez de constructo

	$\alpha$ Cronbach	rho_A	Fiabilidad compuesta	Varianza extraída media (AVE)
AUTOCONFIANZA	0,72	0,74	0,72	0,47
EQUILIBRIO MENTAL	0,83	0,83	0,83	0,55
GESTION DE PROBLEMAS	0,77	0,78	0,77	0,46
NECESIDADES	0,75	0,75	0,75	0,60
RELACIÓN TERAPÉUTICA	0,76	0,77	0,77	0,52

La tabla 27 muestra los índices alfa de Cronbach y  $\rho$  A calculados para cada uno de los constructos, siendo todos ellos superiores a 0.7. Por tanto, el modelo estimado posee buena fiabilidad (150).

Respecto a los valores obtenidos para la varianza extraída media (AVE), según especifica la tabla 27, son todos ellos superiores a 0.5 excepto para los constructos “autonfianza” y “gestión de problemas”. Se procedió a la eliminación de ítems con menor carga pertenecientes a ambos constructos, con el objetivo de obtener mejores valores de AVE (152). No obstante, los resultados obtenidos no mejoraron los índices de AVE, y además alteraron el resto de parámetros calculados. Por tanto, debido a que los valores iniciales de AVE, para los dos constructos, están muy próximos al valor de 0.5 y son superiores a 0.45, se tomó la decisión de mantener el modelo en su diseño original. Dados estos resultados, en general, existe validez convergente para cada uno de los constructos planteados; esto es, los ítems que conforman cada uno de los constructos convergen respecto a la medición del mismo (152). Por otro lado, respecto a los intervalos de confianza expresados en la tabla 28, todos los valores de AVE se encuentran por debajo de los valores calculados para un nivel de confianza del 97.5%. En relación a la fiabilidad compuesta especificada en la tabla 29, los valores obtenidos son todos ellos superiores a 0.7. Por tanto, se confirma de nuevo que la fiabilidad del modelo estimado es buena (150). Igualmente, dichos valores se encuentran todos por debajo del valor calculado para el intervalo de confianza del 97.5%.

Tabla 28: Valores de varianza extraída media (AVE) con intervalos de confianza

AVE	Muestra original (O)	2.5%	97.5%
AUTOCONFIANZA	0,47	0,39	0,54
EQUILIBRIO MENTAL	0,55	0,49	0,60
GESTION DE PROBLEMAS	0,46	0,40	0,52
NECESIDADES	0,60	0,52	0,68
RELACIÓN TERAPÉUTICA	0,52	0,46	0,58

Tabla 29: Valores de fiabilidad compuesta con intervalos de confianza

Fiabilidad Compuesta	Muestra original (O)	2.5%	97.5%
AUTOCONFIANZA	0,72	0,65	0,77
EQUILIBRIO MENTAL	0,83	0,79	0,86
GESTION DE PROBLEMAS	0,77	0,73	0,81
NECESIDADES	0,75	0,68	0,81
RELACIÓN TERAPÉUTICA	0,77	0,72	0,81

Se estudió también la existencia de multi-colinealidad entre los ítems mediante el factor de inflación de la varianza (VIF). En la tabla 30 se detallan los valores VIF

obtenidos, siendo todos ellos inferiores a 3.3. Por tanto, puede decirse que no existe colinealidad entre los ítems del cuestionario (147).

Tabla 30: Resultados del estudio de multi-colinealidad mediante el factor de inflación de la varianza (VIF)

ÍTEMS	VIF
CNPI11	1,41
CNPI12	1,38
CNPI13	1,59
CNPI14	1,82
CNPI15	1,50
CNPI17	1,57
CNPI18	1,91
CNPI19	1,48
CNPI21	1,58
CNPI22	1,58
CNPI23	1,47
CNPI25	2,13
CNPI26	2,38
CNPI27	1,78
CNPI3	1,38
CNPI6	1,54

f) Validez discriminante: Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT) con intervalos de confianza

Los valores de HTMT entre los diferentes pares de constructos relacionados son todos ellos inferiores a 0.85, tal como se observa en la tabla 31. Por tanto, puede decirse que existe validez discriminante en el modelo estimado (153). Igualmente, dichos valores están por debajo de los calculados para un nivel de confianza del 97,5%.

Tabla 31: Resultados de validez discriminante mediante criterio HTMT con intervalos de confianza

HTMT	Muestra original (O)	2.5%	97.5%
EQUILIBRIO MENTAL -> AUTOCONFIANZA	0,74	0,65	0,83
GESTION DE PROBLEMAS -> AUTOCONFIANZA	0,80	0,70	0,90
GESTION DE PROBLEMAS -> EQUILIBRIO MENTAL	0,79	0,69	0,87
NECESIDADES -> AUTOCONFIANZA	0,45	0,30	0,58
NECESIDADES -> EQUILIBRIO MENTAL	0,56	0,45	0,66
NECESIDADES -> GESTION DE PROBLEMAS	0,55	0,44	0,66
RELACIÓN TERAPÉUTICA -> AUTOCONFIANZA	0,58	0,46	0,69
RELACIÓN TERAPÉUTICA -> EQUILIBRIO MENTAL	0,60	0,49	0,70
RELACIÓN TERAPÉUTICA -> GESTION DE PROBLEMAS	0,81	0,71	0,89
RELACIÓN TERAPÉUTICA -> NECESIDADES	0,64	0,53	0,74

g) Ajuste del modelo

La tabla 32 presenta los resultados obtenidos respecto al ajuste del modelo. El valor de SRMR es de 0.06, siendo inferior al valor crítico de 0.08. Por tanto, existe bondad de ajuste del modelo estimado (154). Por otro lado, los valores para la distancia euclidiana

al cuadrado ( $d_{ULS}$ ) y la distancia geodésica ( $d_G$ ), sin embargo, obtuvieron valor de  $p < 0.05$ ; por tanto, existen diferencias entre el modelo estimado y el modelo poblacional en base a estos dos cálculos. Respecto al valor del índice normalizado FIT (NFI), éste debe ser como mínimo de 0.9 (150). No obstante, el valor obtenido es de 0.84 y, por tanto, tampoco puede decirse que sea significativo.

Tabla 32: Resultados del ajuste del modelo con SmartPLS©

	Modelo estimado
SRMR	0,06
$d_{ULS}$	0,55
$d_G$	0,26
Chi-Square	389,76
NFI	0,84

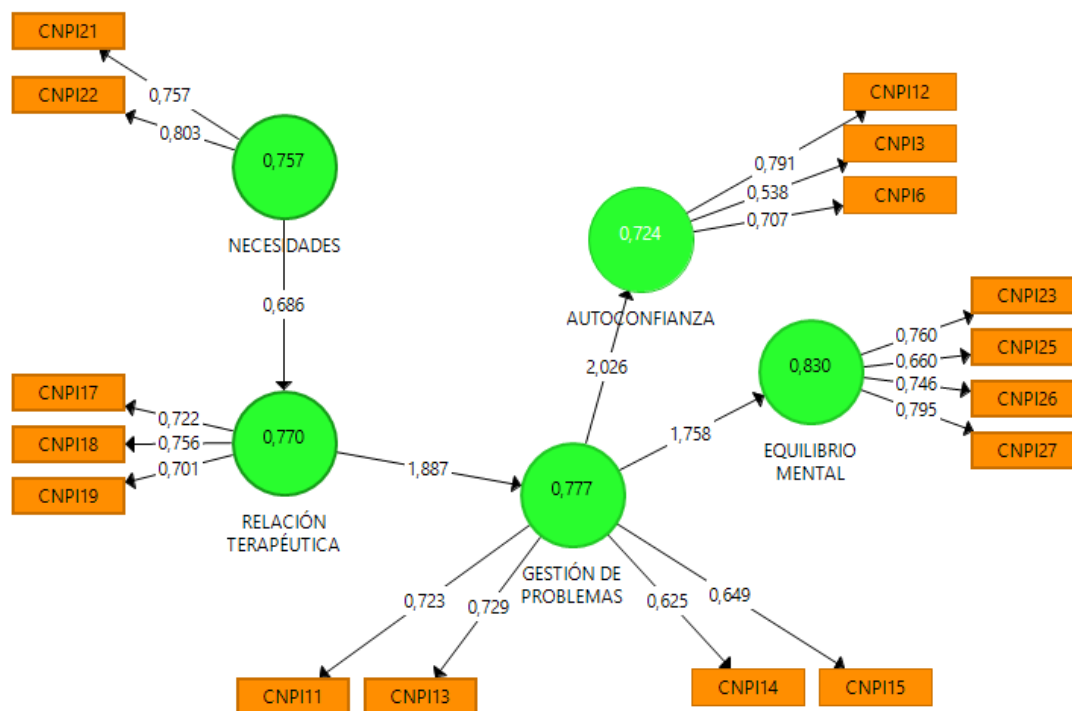
h) Relevancia predictiva del modelo ( $Q^2$ )

Para estudiar la capacidad predictiva del modelo estimado se llevó a cabo el cálculo de  $Q^2$  mediante el algoritmo “blindfolding”, y se obtuvieron los resultados que muestra la tabla 33. Obsérvese que todos los valores son superiores a 0, y por tanto puede decirse que el modelo estimado tiene relevancia predictiva (157).

Tabla 33: Resultados de relevancia predictiva del modelo estimado

	SSO	SSE	$Q^2 (=1 - SSE/SSO)$
EQUILIBRIO MENTAL	1.328,00	986,41	0,25
NÉCESIDADES	664	664	
GESTIÓN DE PROBLEMAS	1.328,00	1.031,67	0,22
AUTOCONFIANZA	996	763,73	0,23
RELACIÓN TERAPÉUTICA	996	845,66	0,15

La figura 8 representa el diseño validado, con los valores de fiabilidad compuesta de cada constructo, los valores de  $F^2$  de las relaciones entre los mismos, y las cargas factoriales de cada ítem, como muestra del modelo estructural final. Cabe mencionar aquí, que la fiabilidad general del cuestionario también fue calculada, obteniendo un valor de  $\alpha = 0.90$ .



Leyenda del gráfico:

Valores dentro del constructo-> fiabilidad compuesta

Valores del modelo interno (relaciones entre constructos): F cuadrado o tamaño del efecto

Valores de las relaciones entre el constructo y el ítem: carga factorial del ítem

Figura 8: Modelo estructural final con el método matemático PLS

### 6.1.3.2.c ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO SOBRE LA VERSIÓN DE 16 ÍTEMS

A partir de la configuración del modelo descrito en la figura nº 8, se procedió a realizar un nuevo análisis factorial confirmatorio, partiendo de los 5 constructos y los 16 ítems que el método matemático PLS validó. La pretensión, no fue otra que la de procurar obtener un modelo estructural lo más ajustado a la población posible. Por ello, se pensó en la posibilidad de completar el análisis de la estructura dimensional obtenida con un nuevo análisis factorial confirmatorio (AFC) sobre la misma. No obstante, es necesario dejar constancia que, aún sabiendo que hay constructos que no están relacionados directamente entre sí – como son el de “necesidades” y el de “autoconfianza” – igualmente se decidió someter la estructura al AFC. El cálculo no ofreció resultados significativos.

En un segundo intento, se procedió a eliminar el factor con menor número de ítems - el de “necesidades”, pues sólo posee 2 - y que parece estar conceptualmente más alejado del resto de los factores. La figura 6 presenta el diseño, realizado mediante el software AMOS© (137) para este posible modelo:



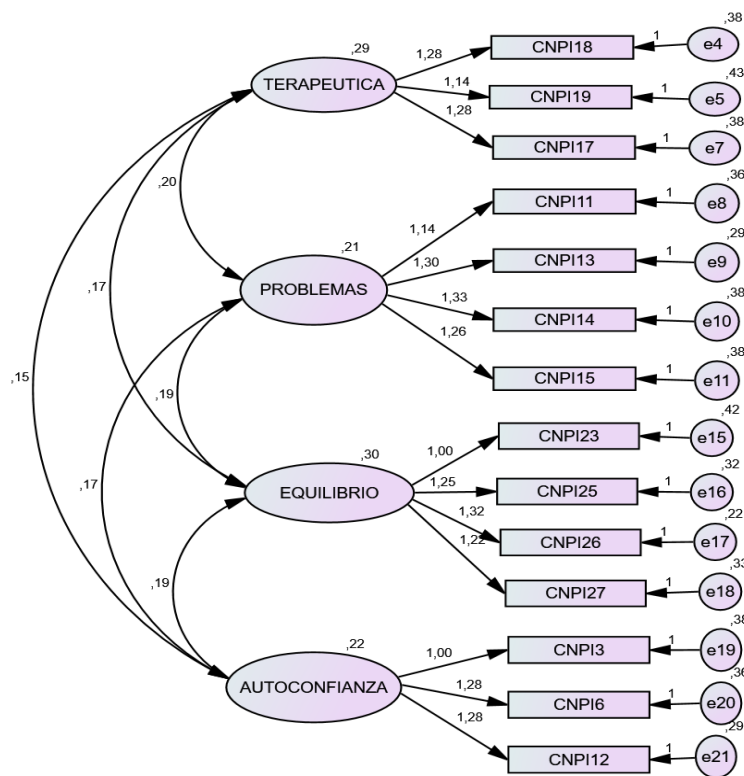


Figura 9: Diseño del modelo final con 4 factores mediante AMOS©

La tabla 34 recoge los resultados de los parámetros de bondad de ajuste para el modelo de 4 factores. Se obtuvo un valor de RMSEA < 0.08, manteniéndose por debajo del valor crítico para un nivel de confianza del 90%. Así mismo, los valores de GFI, IFI, CFI son todos ellos superiores a 0.9. Respecto al valor del índice NFI, aún siendo inferior a 0.9, presenta un valor de 0.89, encontrándose muy cercano al valor crítico. Además, el valor de RMR fue < 0.05. Todos los parámetros calculados apuntan hacia un buen ajuste del modelo (144).

Tabla 34: Resultados del ajuste del modelo de 4 factores mediante AMOS©

Modelo	NPAR	CMIN	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90
			Delta1	rho1	Delta2	rho2				
Por defecto	28	220,19	0,89	0,87	0,92	0,91	0,92	0,07	0,06	0,08
Saturado	105	0	1		1		1	0,25	0,24	0,26
Independiente	14	2056,64	0	0	0	0	0			

En relación a los dos ítems que fueron eliminados en este segundo AFC – los ítems 21 y 22, que pertenecían al constructo “necesidades”-, y dado que el modelo validado mediante el método matemático PLS sí los incluía, se tomó la decisión de intentar vincularlos a alguno de los otros cuatro factores. Se realizaron más pruebas,

modificando la composición de ítems de los mencionados factores, aunque los resultados obtenidos afectaron gravemente a la bondad de ajuste del modelo. Se concluyó que, bajo la hipótesis de covarianza entre todos los factores que postula el análisis factorial confirmatorio, dichos ítems no podían incluirse en ningún otro factor, sin afectar al ajuste del modelo.

La decisión respecto a la estructura dimensional final del cuestionario NIC\_CA (5 constructos y 16 ítems, o bien, 4 factores y 14 ítems) se aborda en el siguiente sub-epígrafe.

#### *6.1.3.2.d. VALIDEZ DE CONTENIDO*

El modelo que fundamenta el cuestionario NIC\_CA está basado en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (10,74,76) . Así, aunque los 10 Factores de Cuidado (FC) se detallaron en el marco teórico del presente informe, se relacionan de nuevo a continuación dada la necesidad de analizar su contenido semántico (10,74,76):

Factor 1: Formación de un sistema de valores humanístico-altruista

Factor 2: Esperanza – Infundir confianza

Factor 3: Sensibilidad – Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás

Factor 4: Relación de ayuda – Desarrollo de una relación de ayuda y confianza

Factor 5: Expresión de emociones – Expresión y aceptación de sentimientos positivos y negativos

Factor 6: Resolución de problemas – Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones

Factor 7: Enseñanza – Promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal

Factor 8: Ambiente – Creación de un ambiente de apoyo, protección y/o corrección mental, física, social y espiritual

Factor 9: Necesidades - Ayuda para la satisfacción de las necesidades humanas

Factor 10: Factores existenciales – fenomenológicos

Teniendo en cuenta estos Factores del Cuidado (FC), se procedió a dar nombre a cada uno de las 5 dimensiones que conforman la estructura interna del cuestionario validado con el método PLS. Así, cada constructo fue designado según el contenido semántico de sus ítems, sin perder de vista los 10 FC de la teoría de Jean Watson, tal como se muestra en la columna izquierda de la tabla 35. La columna de la derecha describe la relación entre las dimensiones del cuestionario y los FC:

Tabla 35: Relación entre los constructos y los Factores del Cuidado de Jean Watson

CONSTRUCTO DEL MODELO	FACTOR DEL CUIDADO RELACIONADO
NECESIDADES	Factores 8 y 9
RELACIÓN TERAPÉUTICA	Factores 1, 4 y 7
GESTIÓN DE PROBLEMAS	Factores 5 y 6
AUTOCONFIANZA	Factor 2 y 3
EQUILIBRIO MENTAL	Factor 8 y 10

Respecto al ítem “CNPI 3”, finalmente fue incluido en la versión final del cuestionario a pesar de poseer una carga factorial de 0.53 (ver la tabla 24); cabe mencionar que su contenido semántico está muy relacionado con los FC nº 2 y 3. Así, citando textualmente el enunciado del mismo, “llamar su atención hacia aspectos positivos sobre ellos y su estado de salud”, esta competencia supone “infundir confianza en la persona, y explorar sus propios sentimientos y emociones, cultivando de esta forma la sensibilidad hacia uno mismo” (131). Por este motivo, a pesar de tener una carga factorial inferior a 0.6, se tomó la decisión de conservar el ítem en la versión final del cuestionario.

En resumen, el modelo estimado con el método matemático PLS fue validado y obtuvo bondad de ajuste. Así, se configuró un sendero de relaciones significativas que siguen una dirección concreta entre los 5 constructos, con un total de 16 ítems (ver figura nº 8). Además, dicho modelo mantiene fidelidad con la teoría de Jean Watson, en la que pretende basarse el cuestionario. Igualmente, cabe recordar que se llevó a cabo un nuevo análisis factorial confirmatorio con los mismos 5 factores y 16 ítems, aunque no se obtuvieron resultados significativos en relación a la bondad de ajuste del modelo. No obstante, tras la eliminación del factor “necesidades” -por ser el que poseía menor número de ítems y se encontraba semánticamente más alejado del resto de factores-, el modelo sí obtuvo un buen ajuste (ver figura nº 9). Este hecho, podría explicarse por la existencia de covarianza entre los factores “relación terapéutica”, “gestión de problemas”, “autoconfianza”, y “equilibrio mental”, pero no con el factor “necesidades”. Sin embargo, dado que el cuestionario NIC\_CA pretende fundamentarse en la teoría de Jean Watson, el factor “necesidades” no puede ser eliminado, dada su estrecha relación con el FC nº 9 de la misma. La filosofía de la autora considera que las necesidades de la persona (físicas, mentales, y espirituales) deben ser atendidas por la enfermera durante su cuidado, y que además, este hecho es en sí uno de los 10 FC (75,131). Por tanto, dada la importancia del constructo “necesidades”, y teniendo en cuenta que el modelo estimado que lo incluye ha obtenido bondad de ajuste en sus

cálculos (ver figura nº 8), se tomó la decisión de mantener dicho constructo, y por tanto, elegir dicho modelo como estructura final del cuestionario NIC\_CA (ver anexo nº 21).

Respecto a la adecuación del contenido del cuestionario NIC\_CA a la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, se consultó directamente a la autora de la misma. Se obtuvo su opinión respecto a la validez de contenido del cuestionario en relación a la esencia de su Teoría, durante los meses de septiembre y octubre de 2017 (ver anexos nº 19 y 20). Con ello, la Dra. Jean Watson concluyó que el cuestionario NIC\_CA mantenía fidelidad a su Teoría. Aportó además mejoras en la relación entre los 16 ítems finales y los 10 FC, quedando la misma tal como se detalla en la tabla 36:

Tabla 36: Relación final entre los ítems del cuestionario NIC\_CA y los Factores de Cuidado de Jean Watson, aportada por la Dra. Jean Watson

ITEMS	Factores Cuidado: Relación inicial	MODIFICADO por JEAN WATSON: Relación final
1	8 y 9	8, 9
2	8 y 9	8,9
3	7 y 8	7,8
4	7 y 8	7,8
5	7 y 8	7 y 9
6	6, 7, y 8	6,7,8
7	6, 7, y 8	6,7,8
8	6, 7, y 8	6,7,8
9	6, 7, y 8	6, 7, 8, 9
10	1, 4 y 5	1, 2, 3, 4 y 5
11	1, 4 y 5	1, 4 y 5
12	1, 4 y 5	4, 5 y 6
13	2, 3 y 10	1, 2, 3, 8 y 10
14	2, 3 y 10	4, 5, 6 y 10
15	2, 3 y 10	2, 3, 4, 5 y 10
16	2, 3 y 10	2, 3, y 10

## 6.2. PERFIL DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

El análisis uni-variado de la variable escala (ver tabla 37 y gráfico nº 1), reveló que la media de las puntuaciones obtenidas por la muestra de estudio se situó en 56 puntos, coincidiendo por supuesto con la mediana. Así mismo, se obtuvo una varianza de 74 puntos, y una desviación típica de 8 puntos. Por otro lado, la puntuación mínima encontrada fue de 28 puntos, y la máxima de 79 puntos. Respecto al estudio de la asimetría, se obtuvo un valor de -0.08, siendo éste un valor muy cercano a 0. Por tanto, puede decirse que existe simetría en la distribución de los datos; esto es, existe la misma cantidad de datos, aproximadamente, en los dos lados de la media (163). En relación a la curtosis, se obtuvo un valor de 0.1, siendo éste superior a 0, aunque cercano a él. Por

tanto, los datos presentan una distribución leptocúrtica, sin acumulación de datos en las colas (163).

Tabla 37: Estudio descriptivo de la variable escala del cuestionario NIC\_CA

		Estadístico	Error estándar
NIC_CA	Media	56,52	,47
	Mediana	56,00	
	Varianza	74,40	
	Desviación estándar	8,62	
	Mínimo	28	
	Máximo	79	
	Rango	51	
	Rango intercuartil	11	
	Asimetría	-,08	,13
	Curtosis	,13	,26

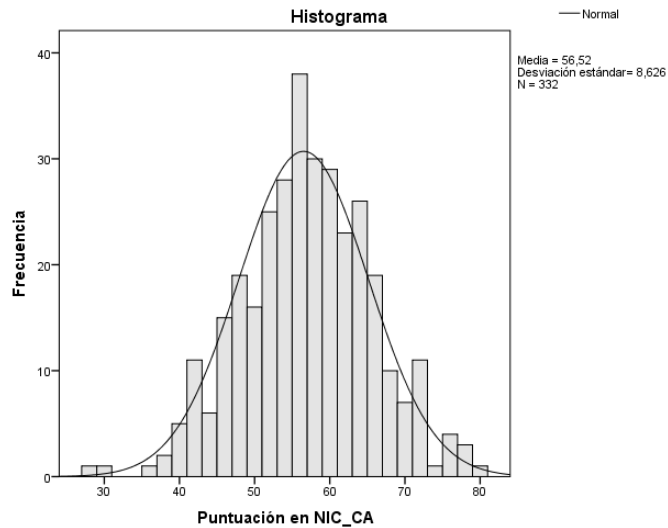


Gráfico 1: Histograma con curva normal para el cuestionario NIC\_CA

Además, para completar el estudio de la normalidad en la distribución de los datos se calculó el estadístico Kolmogorv-Srminov, que obtuvo un valor de  $p=0.2$ . Igualmente, el gráfico 2 muestra un “gráfico Q-Q” que muestra cómo la distribución de los datos se ajusta a una recta, a favor de la normalidad de la distribución:

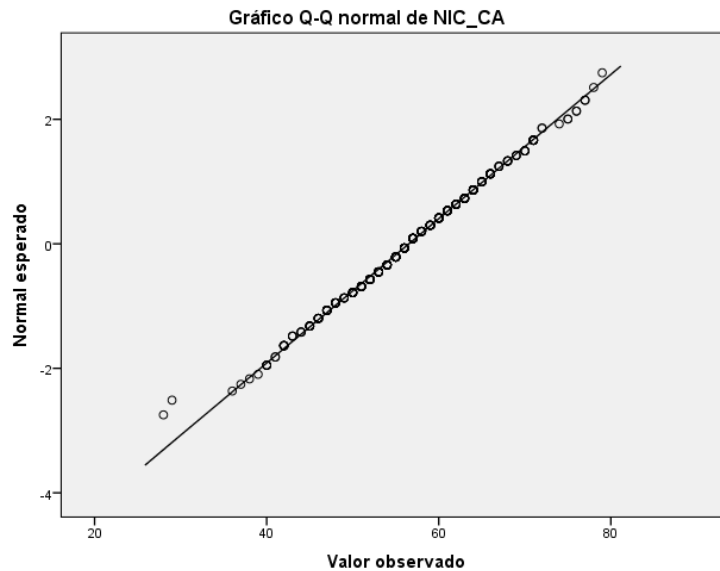


Gráfico 2: Gráfico Q-Q con la distribución de datos del estudio de campo

El análisis bi-variado, entre la variable de escala del cuestionario NIC\_CA y el resto de variables de estudio ofreció los siguientes resultados:

a) Variable sexo

La puntuación media obtenida en el cuestionario para las mujeres fue de 56,30 puntos, y 57,32 para los hombres. Igualmente, dado que el estadístico de Kolmogorov-Smirnov obtuvo unas significaciones de 0,03 y 0,08 respectivamente, se tomó la decisión de utilizar un estadístico no paramétrico para estudiar la significación de las diferencias respecto a la puntuación media para cada sexo. Así, el resultado del estadístico U de Mann-Whitney fue de 0.673 – indicando con ello que no existen diferencias significativas entre los dos grupos-.

b) Variable edad

La tabla 38 describe las puntuaciones medias y las medianas obtenidas para cada estrato de edad:

Tabla 38: Media y mediana obtenidas en el cuestionario NIC\_CA según la variable edad

EDAD	N	Media	Mediana
19 A 21	157	56,62	57,00
22 A 27	144	55,83	56,00
27 A 40	22	60,32	58,00
> 40	9	56,56	53,00
Total	332	56,52	56,00

El estudio de la distribución de la variable de cuestionario y la variable edad, respecto a la hipótesis de normalidad, obtuvo los siguientes valores de significación en la prueba de Kolmogorov-Smirnov, mostrados en la tabla 39

Tabla 39: Resultado pruebas de normalidad para la distribución de la variable de escala NIC\_CA y la variable edad

EDAD	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
19 A 21	,08	157	,08	,97	157	,00
22 A 27	,06	144	,20	,98	144	,13
27 A 40	,15	22	,15	,92	22	,07
> 40	,29	9	,02	,85	9	,07

Asumiendo la normalidad en la distribución de ambas variables de forma conjunta, se calculó el estadístico ANOVA de un factor, existiendo homogeneidad de varianzas a partir del valor de significación del estadístico de Levene de 0.79. Así, tal como se observa en la tabla 40, se obtuvo una significación ANOVA de  $p=0.156$ . Por tanto, no existen diferencias significativas entre las puntuaciones en el cuestionario NIC\_CA según el grupo de edad.

Tabla 40: Resultados ANOVA de un factor para la variable edad respecto a la variable de escala

			Suma de cuadrados	gl	F	Sig.
Entre grupos	(Combinado)		388,37	3	1,75	,15
	Término lineal	No ponderados	16,55	1	,22	,63
		Ponderados	26,58	1	,36	,54
		Desviación	361,78	2	2,44	,08
				8		
Dentro de grupos			24240,48	328		
Total			24628,85	332		

### c) Variable centro

#### UNIDADES DOCENTES

El cálculo de las puntuaciones medias según la unidad docente ofreció valores cercanos a 56 puntos tal como se muestra en la tabla 41:

Tabla 41: Media de las puntuaciones en el cuestionario NIC\_CA según Unidad Docente (UD)

UD	N	Media
MACARENA	70	56,76
ROCÍO	68	55,84
VALME	43	56,93
Total	181	56,45

El estudio de la distribución de la variable de cuestionario y la variable unidad docente respecto a la hipótesis de normalidad, obtuvo los siguientes valores de significación en la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que se describen en la tabla 42:

Tabla 42: Resultado pruebas de normalidad para la distribución de la variable de escala NIC\_CA y la variable unidad docente

UD	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
MACARENA	,11	70	,03	,98	70	,37
ROCÍO	,07	68	,20	,98	68	,54
VALME	,06	43	,20	,98	43	,67

En la tabla 42 se observa que las Unidades Docentes de Virgen del Rocío y Nuestra Sra. de Valme presentan una distribución normal (con un valor de  $p=0.20$  y  $p=0.67$  respectivamente), al contrario que la Unidad Docente de Macarena - que no se atiene al criterio de normalidad en su distribución (con un valor de  $p$  de 0.03)-. Por tanto, se utilizó el estadístico Kruskal Wallis, obteniendo una significación de  $p=0.639$ . Así, no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones medias según la unidad docente.

### CENTROS ADSCRITOS

El cálculo de las puntuaciones medias según el centro adscrito ofreció valores superiores a 50 puntos, tal como se muestra en la tabla 43:

Tabla 43: Media de las puntuaciones en el cuestionario NIC\_CA según centro adscrito

CENTROS	NIC_CA
CRUZ ROJA	56,78
SAN JUAN DIOS	60,51
OSUNA	53,29
Total	56,60

Nótese, en la tabla 43, que existen diferencias entre la puntuación media obtenida por cada uno de los centros, dado que la misma oscila entre los 53 y los 60 puntos. Por ello, se procedió al cálculo del estadístico Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, obteniendo los resultados que se muestran en la tabla 44:

Tabla 44: Resultado pruebas de normalidad para la distribución de la variable de escala NIC\_CA respecto a la variable centro adscrito

CENTROS	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
CRUZ ROJA	,084	46	,20	,98	46	,83
SAN JUAN DIOS	,097	47	,20	,97	47	,27
OSUNA	,084	58	,20	,98	58	,48



Asumiendo la normalidad en la distribución de ambas variables de forma conjunta, se seleccionó el estadístico ANOVA de un factor, aunque no existe homogeneidad de varianzas según el valor de significación del estadístico de Levene de 0.04. Por tanto, se calcularon los estadísticos post-hoc, tal como se observa en la tabla 45. Los resultados indican la existencia de diferencias significativas entre las puntuaciones medias obtenidas en los centros de San Juan de Dios y de Osuna, con un valor de significación de  $p=0,00$ .

Tabla 45: Resultados estadísticos post-hoc para la variable centro adscrito respecto a la variable de escala

ESTADÍSTICO	ADS I	ADSC J	DIF: I - J	E ESTÁNDAR	SIG.
Tamhane	CRUZ ROJA	SJD	-3,72	1,87	0,14
		OSUNA	3,49	2,01	0,24
	SJD*	CRUZ ROJA	3,72	1,87	0,14
		OSUNA	7,21	1,66	0,00
	OSUNA	CRUZ ROJA	-3,49	2,01	0,24
		SJD	-7,21	1,66	0,00
T3 Dunnett	CRUZ ROJA	SJD	-3,72	1,87	0,14
		OSUNA	3,49	2,01	0,23
	SJD	CRUZ ROJA	3,72	1,87	0,14
		OSUNA	7,21	1,66	0,00
	OSUNA	CRUZ ROJA	-3,49	2,01	0,23
		SJD	-7,21	1,66	0,00
Games-Howell	CRUZ ROJA	SJD	-3,72	1,87	0,12
		OSUNA	3,49	2,01	0,2
	SJD	CRUZ ROJA	3,72	1,87	0,12
		OSUNA	7,21	1,66	0,00
	OSUNA	CRUZ ROJA	-3,49	2,01	0,2
		SJD	-7,21	1,66	0,00

\*SJD = San Juan de Dios

Respecto a todos los posibles valores de la variable centro, y la puntuación media obtenida por cada uno, el gráfico 3 ilustra las diferencias estadísticamente significativas, especificadas anteriormente:

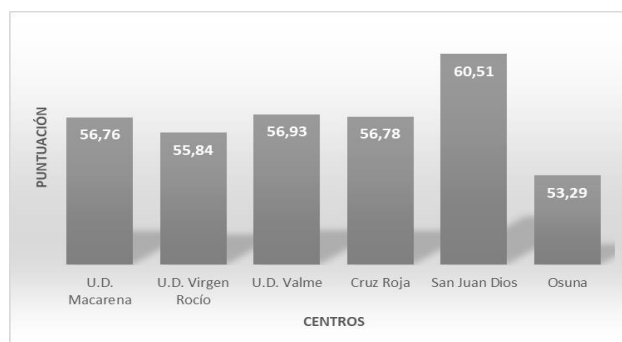


Gráfico 3: Puntuaciones medias del cuestionario NIC\_CA según la variable centro

d) Variable formación previa en el ámbito de las ciencias de la salud

#### CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO (CFGM)

Del total de la muestra, sólo un 5,7% poseía una titulación de CFGM dentro del ámbito de las ciencias de la salud. Además, el cálculo de las puntuaciones medias para este grupo fue de 59,84. Por el contrario, los que no poseían dicha formación previa, obtuvieron una puntuación media de 56,32 puntos.

El estudio de la distribución de la variable de cuestionario y el valor de la variable “CFGM”, respecto a la hipótesis de normalidad, obtuvo los siguientes valores de significación en la prueba de Kolmogorov-Smirnov, mostrados en la tabla 46:

Tabla 46: Resultado pruebas de normalidad para la distribución de la variable de escala NIC\_CA respecto a la variable “CFGM”

CFGM	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
SI	,19	19	,04	,95	19	,38
NO	,04	313	,20	,99	313	,34

Asumiendo la normalidad en la distribución de ambas variables de forma conjunta se calculó el estadístico T-Student, obteniendo un valor de significación de 0.08, tal como se observa en la tabla 47. Este resultado indicó la no existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 47: Resultados prueba de homogeneidad de varianzas y T-Student entre la variable de escala y la variable “CFGM”

		Prueba de Levene:		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
		F	Sig.				
NIC_CA	Varianzas iguales	,18	,66	1,73	330	,08	3,5
	No varianzas iguales			1,59	19,8	,12	3,52

## CICLO FORMATIVO DE GRADO SUPERIOR (CFGS)

Del total de la muestra, sólo un 31% poseía una titulación de CFGS dentro del ámbito de las ciencias de la salud. Además, el cálculo de las puntuaciones medias para este grupo fue de 56,28. Por el contrario, los que no poseían dicha formación previa, obtuvieron una puntuación media de 56,63 puntos. Nótese que la puntuación media obtenida es de 56 puntos (salvando la diferencia entre decimales), tanto para la muestra de sujetos que poseen formación previa en CFGS, como para los que no la poseen. En consecuencia, no se consideró necesario el análisis de la significación de las diferencias entre ambos grupos.

## FORMACIÓN UNIVERSITARIA

Del total de la muestra, sólo 2 sujetos (el 0.6%) poseía una titulación universitaria dentro del ámbito de las ciencias de la salud. Además, el cálculo de la media de puntuaciones para este grupo fue de 60 puntos. Por el contrario, los que no poseían dicha formación previa, obtuvieron una puntuación media de 56,50 puntos.

El estudio de la distribución de la variable de cuestionario y el valor de la variable “formación universitaria”, respecto a la hipótesis de normalidad, obtuvo los siguientes valores de significación en la prueba de Kolmogorov-Smirnov, descritos en la tabla 48:

Tabla 48: Resultado pruebas de normalidad para la distribución de la variable de escala NIC\_CA respecto a la variable de formación Universitaria previa

UNIV	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
SI	,26	2	,20			
NO	,04	330	,20	,99	33	,41

Asumiendo la normalidad en la distribución de ambas variables de forma conjunta se calculó el estadístico T-Student, obteniendo un valor de significación de 0.56, tal como se observa en la tabla 49. Este resultado indicó la no existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 49: Resultados prueba de homogeneidad de varianzas y T-Student entre la variable de escala y la variable de formación Universitaria previa

		Prueba de Levene:		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
		F	Sig.				
NIC_CA	Varianzas iguales	,10	,74	,57	330	,56	3,50
	No varianzas iguales			,43	1.00	,73	3,50

e) Ingresos hospitalarios previos

Las puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario por aquellos sujetos que habían sufrido al menos un ingreso hospitalario fue de 56,74 puntos, y 56,31 puntos para los que no. Obsérvese que la puntuación media obtenida es de 56 puntos (salvando las diferencias entre decimales) para los dos grupos. En consecuencia, no se consideró necesario el análisis de la significación de las diferencias entre ambos grupos.

### 6.3. VALIDEZ DE CRITERIO: NIVELES DE COMPETENCIA EN LA INTERACCIÓN DE CUIDADO

El estudio descriptivo de las respuestas de los sujetos al cuestionario “Nyberg Caring Assessment (NCA)”, seleccionado como “patrón oro”, obtuvo los resultados reflejados en la tabla 50:

Tabla 50: Estudio descriptivo uni-variado de la variable de escala del cuestionario NCA

PARÁMETROS		Estadístico	Error estándar
NCA	Media	80,06	,52
	Mediana	80,50	
	Varianza	90,96	
	Desviación estándar	9,53	
	Mínimo	51	
	Máximo	100	
	Asimetría	-,34	,13
	Curtosis	-,24	,26

En la tabla 50, se observa que la media de las puntuaciones obtenidas por la muestra se situó en 80,06 puntos. Así mismo, se obtuvo una varianza de 90,96 puntos, y una desviación típica de 9,53 puntos. Por otro lado, la puntuación mínima encontrada fue de 51 puntos, y la máxima de 100 puntos. Respecto a la asimetría, se obtuvo un valor de -0.34, siendo éste un valor alejado de 0. Por tanto, no puede decirse que existe simetría en la distribución de los datos (163). En relación a la curtosis, se obtuvo un valor de -0.24, siendo éste inferior a 0, aunque cercano a él. Por tanto, los datos describen una distribución leptocúrtica, sin acumulación de datos en las colas (163). El estudio de normalidad en la distribución de las puntuaciones ofreció un valor de significación de  $p=0.012$  en la prueba de Kolmogorov-Smirnov, indicando falta de normalidad. No obstante, el mismo cálculo para la distribución de puntuaciones del cuestionario NIC\_CA mostró una significación de  $p=0.20$  (tal como se especificó anteriormente, y puede verse también en el gráfico nº 1). Por este motivo, se tomó la decisión de utilizar índices de correlación no paramétricos para estudiar la relación entre

los dos cuestionarios. Así, se procedió a calcular la correlación entre las puntuaciones del cuestionario NIC\_CA y del cuestionario NCA, obteniendo un valor  $\rho$  de Spearman (142), de 0.19 ( $\alpha$  0.05,  $p$  0.00). A continuación, el gráfico 4 ilustra la dispersión de datos:

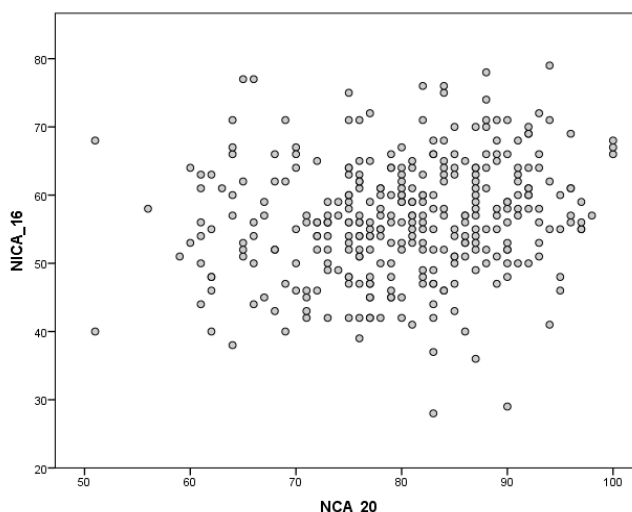


Gráfico 4: Gráfico de dispersión con las puntuaciones al cuestionario NIC\_CA y al cuestionario NCA

El gráfico 4 muestra tal dispersión de puntos, que no convergen en ninguna recta. Por ello, se concluyó que el cuestionario NCA no presentaba validez convergente con el cuestionario NIC\_CA, y por tanto, no podía ser utilizado como patrón oro.

Con la intención de obtener cierta validez convergente, se identificaron aquellos ítems del cuestionario NCA que guardaban relación semántica con ítems del cuestionario NIC\_CA, para posteriormente calcular de nuevo una correlación entre los mismos. Así, la tabla 51 muestra que existen 5 ítems del cuestionario NCA que comparten significado con 4 ítems del cuestionario NIC\_CA (puede revisarse el anexo nº 22 para identificar los ítems del cuestionario NIC\_CA, y el anexo nº 10 - sección C, para identificar los ítems del cuestionario NCA especificados en la siguiente tabla):

Tabla 51: Equivalencia semántica entre ítems del NCA y del NIC\_CA

Cuestionario NCA	Cuestionario NIC_CA
Tiene un profundo respeto por las necesidades del otro	Tener en cuenta sus necesidades básicas (por ejemplo: dormir, higiene, etc.)
Soluciona problemas creativamente	Ayudarles a reconocer los medios para resolver eficazmente sus problemas
Elige tácticas que lograrán metas	Ayudarles a reconocer los medios para resolver eficazmente sus problemas
Se permite tiempo para las oportunidades del cuidado	Darles la oportunidad de practicar el autocuidado
Comprende que las fuerzas espirituales contribuyen al cuidado humano	Ayudarles a explorar qué es importante en sus vidas

El nuevo cálculo de la correlación entre las puntuaciones – sumando la puntuación de los 5 ítems de cuestionario NCA, y realizando lo mismo para los 4 ítems del cuestionario NIC\_CA-, reveló de nuevo la falta de validez convergente entre ambos; el valor de correlación para la prueba *rho* de Spearman fue de 0.15 ( $\alpha$  0.05,  $p$  0.00). En consecuencia, no fue posible estudiar la validez de criterio, ni elaborar curvas de características operativas del receptor (ROC) –que permitirían el estudio de la sensibilidad y especificidad del cuestionario NIC\_CA (132) -. No obstante, y dado que la pretensión del estudio fue la creación de un baremo de corrección con niveles de competencia para el cuestionario NIC\_CA, se tomó la decisión de construirlo a partir del estudio de la mediana y los percentiles de la distribución de puntuaciones. En la tabla 52 puede verse que la mediana se sitúa en 56 puntos, la puntuación máxima de la muestra es de 79 puntos, y la mínima de 28 puntos. La puntuación máxima posible es de 80 puntos (16 ítems\*5 puntos) y la puntuación mínima es de 16 puntos (16 ítems\*1punto).

Tabla 52: Valor de la mediana y percentiles para el cuestionario NIC\_CA

N	Válido	332
	Perdidos	0
Mediana		56,00
Mínimo		28
Máximo		79
Percentiles	10	45,00
	20	49,60
	30	52,00
	40	55,00
	50	56,00
	60	59,00
	70	61,00
	80	64,00
	90	67,70

Igualmente, se calcularon también los cuartiles, respecto a la distribución de las puntuaciones del cuestionario NIC\_CA, descritos en la tabla 53:

Tabla 53: Valor de los cuartiles para el cuestionario NIC\_CA

Percentiles	25	51,00
	50	56,00
	75	62,00

El gráfico 5 presenta un diagrama de “cajas y bigotes” que permite estudiar gráficamente esa distribución de puntuaciones:

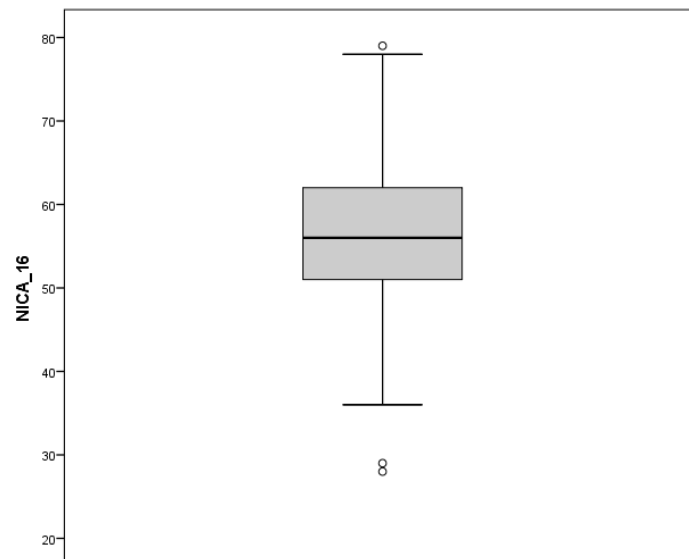


Gráfico 5: Diagrama de cajas y bigotes para la distribución de puntuaciones

En el gráfico 5, se observa que la línea que divide la mitad de la caja - y que representa la mediana-, se encuentra en la puntuación 56. Igualmente, en la puntuación 51 se sitúa el cuartil 1, y en la puntuación 62, el cuartil 3 (ver tabla 54). En la puntuación 28, a pesar de ser un valor atípico, se encuentra el valor mínimo de la muestra; de igual forma, en la puntuación 79, se encuentra el valor máximo. A partir de estos datos, se distribuyeron los tramos de puntuación de la siguiente forma:

- a) Primer tramo: desde la puntuación mínima obtenida por los sujetos, 28 puntos, hasta el valor del cuartil 1 o percentil 25, que es de 51 puntos.
- b) Segundo tramo: desde los 52 puntos hasta los 56 puntos, que se corresponde este último con la mediana, el cuartil 2 y el percentil 50.
- c) Tercer tramo: desde los 57 puntos hasta los 62 puntos, que se corresponde este último con el cuartil 3 y el percentil 75.
- d) Cuarto tramo: desde los 63 puntos hasta los 79 puntos, que se corresponde este último con el valor máximo obtenido por los sujetos.

Una vez identificados los tramos, se fijaron los niveles de competencia del cuestionario de la siguiente forma:

- 16 a 56 puntos: Nivel bajo
- 57 a 62 puntos: Nivel medio
- 63 a 80 puntos: Nivel alto

Tras ello, se diseñó el gráfico 6 con un nuevo diagrama de “cajas y bigotes”, para cada uno de los tres niveles de competencia identificados, con la distribución de puntuaciones del cuestionario NIC\_CA:

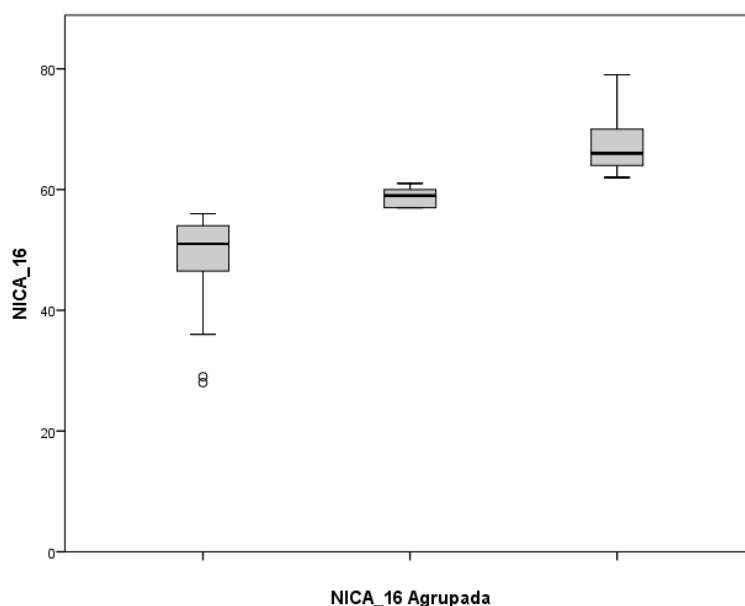


Gráfico 6: Diagrama de cajas y bigotes para los tramos de puntuaciones

En este punto, se estudió la existencia de diferencias entre los tres niveles de competencia, mediante el cálculo del estadístico T-Student – dada la normalidad de la distribución de puntuaciones del cuestionario NIC\_CA (ver gráfico 1)- entre cada pareja de niveles:

- a) Nivel bajo y Nivel medio: comparación entre la primera caja del diagrama y la segunda

En la tabla 54, se observa que el valor obtenido para la prueba de Levene es de  $p=0.00$ , siendo éste inferior a 0.05. Por tanto, dado que no hay homogeneidad de varianzas, el valor obtenido para la prueba T-Student es de  $p=0.00$ . Así, existen diferencias significativas entre los dos niveles de competencia, y queda justificada su identificación y discriminación.

Tabla 54: Resultados T-Student entre el nivel bajo y el nivel medio

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		t	gl	Sig. (bilateral)
		F	Sig.			
NIC_CA:	Varianzas iguales	66,85	,00	-13,81	238	,00
Nivel 1 y Nivel 2	No varianzas iguales			-19,85	213,61	,00

- b) Nivel bajo y Nivel Alto: comparación entre la primera caja del diagrama y la tercera

En la tabla 55, puede verse que el valor para la prueba de Levene es de  $p=0.012$ , siendo éste inferior a 0.05. Por tanto, dado que no hay homogeneidad de varianzas,



el valor para la prueba T-Student es de  $p=0.00$ . Así, de nuevo existen diferencias significativas entre los dos niveles de competencia, y también queda justificada su identificación y discriminación.

Tabla 55: Resultados T-Student entre el nivel bajo y el nivel alto

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		t	gl	Sig. (bilateral)
		F	Sig.			
NIC_CA: Nivel 1 y Nivel 3	Varianzas iguales	6,37	,01	-25,91	258	,00
	No varianzas iguales			-27,86	228,59	,00

c) Nivel Medio y Nivel Alto: comparación entre la segunda caja del diagrama y la tercera

En la tabla 56, se observa que el valor de  $p$  obtenido para la prueba de Levene es de 0.00, siendo éste inferior a 0.05. Por tanto, dado que no hay homogeneidad de varianzas, el valor de  $p$  obtenido para la prueba T-Student es de 0.00. Por ello, existen diferencias entre los dos niveles de competencia, y queda también justificada su identificación y discriminación.

Tabla 56: Resultados T-Student entre el nivel medio y el nivel alto

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		t	gl	Sig. (bilateral)
		F	Sig.			
NIC_CA: Nivel 2 y Nivel 3	Varianzas iguales	51,50	,00	-15,26	162	,00
	No varianzas iguales			-16,81	117,36	,00

#### 6.4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA COMPETENCIA EN HABILIDADES SOCIALES Y LA COMPETENCIA EN LA INTERACCIÓN DE CUIDADO

El estudio descriptivo de la variable de escala del cuestionario “Inventario de Situaciones Sociales (ISS)” (122) ofreció una puntuación media de 113,28, y una desviación estándar de 17,5 puntos (ver tabla 57). La puntuación mínima encontrada fue de 45 puntos, y la máxima de 148. Respecto a la asimetría, se obtuvo un valor de -0.91, siendo éste un valor alejado de 0. Por tanto, no puede decirse que existe simetría en la distribución de los datos (163). En relación a la curtosis, se obtuvo un valor de 1.41, siendo éste superior a 0 y alejado de él. Por tanto, los datos describen una distribución leptocúrtica (163).

Tabla 57: Estudio descriptivo de la variable de escala del cuestionario ISS

		Estadístico	Error estándar
Puntuación en ISS	Media	113,28	,96
	Mediana	115,00	
	Varianza	308,04	
	Desviación estándar	17,5512	
	Mínimo	45,00	
	Máximo	148,00	
	Asimetría	-,91	,13
	Curtosis	1,41	,26

El estudio de la normalidad en la distribución de las puntuaciones ofreció un valor de significación estadística de  $p=0.00$ . Así, el análisis de la correlación entre las puntuaciones de ambos cuestionarios (ISS y NIC\_CA) se ejecutó mediante los estadísticos no paramétricos *Tau b* de Kendall y *Rho* de Spearman. La tabla 58 muestra que los valores obtenidos son de  $\tau=0.12$  y  $\rho=0.17$  respectivamente. Por tanto, la correlación existente es leve pero positiva, aunque no puede decirse que sea significativa. El gráfico nº 7 ilustra estos resultados, y en él puede observarse que ambas variables no correlacionan.

Tabla 58: Índices de correlación entre las variable de escala NIC\_CA e ISS

			NIC_CA	ISS
Tau_b de Kendall	NIC_CA	Coefficiente de correlación	1,00	,12
		Sig. (bilateral)	.	,00
		N	332	332
	PUNTISS	Coefficiente de correlación	,12	1,00
		Sig. (bilateral)	,00	.
		N	332	332
Rho de Spearman	NIC_CA	Coefficiente de correlación	1,00	,17
		Sig. (bilateral)	.	,00
		N	332	332
	PUNTISS	Coefficiente de correlación	,17	1,00
		Sig. (bilateral)	,00	.
		N	332	332

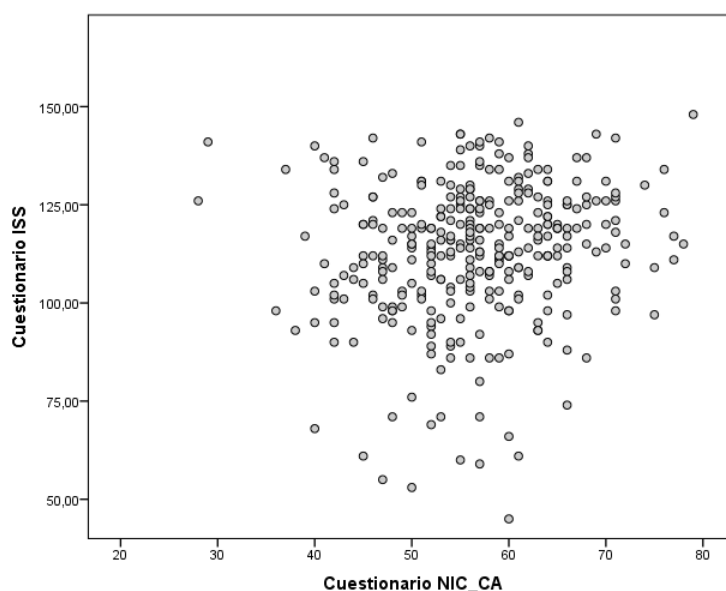


Gráfico 7: Dispersión de puntos respecto a la puntuación en los cuestionarios ISS y NIC\_CA

### 6.5. ESTUDIO DE LA CALIDAD METODOLÓGICA

Se evaluó la calidad de las propiedades psicométricas del cuestionario NIC\_CA mediante los estándares desarrollados en la guía “Consensus Based Standards for the selection of Health Measurement Instruments” (COSMIN) (160) (pueden verse las listas de verificación de los estándares cumplimentadas en el anexo n° 21)

En general, para las propiedades de consistencia interna, validez de contenido, validez de estructura, fiabilidad, y adaptación cultural, el cuestionario NIC\_CA obtiene un nivel excelente respecto a su calidad metodológica. Como puede observarse en el anexo n° 21, la valoración de los estándares planteados por la guía, para cada una de las propiedades mencionadas, es siempre la más óptima.

No obstante, respecto a la validez de criterio, el cuestionario NIC\_CA obtiene el mayor nivel de puntuación en todos los ítems de la lista, excepto para el referido al cálculo de la sensibilidad y especificidad, pues éste no lo cumple.

## 7. DISCUSIÓN

---

### 7.1. PROCESO DE VALIDACIÓN CLINIMÉTRICA

El objetivo general del presente estudio fue la construcción y validación de una escala de evaluación de la competencia en la relación enfermera-paciente o interacción de cuidado, para estudiantes de último curso de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla. Para ello, se tomó como base el cuestionario “Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI)”, dado que reflejaba de forma exhaustiva los conocimientos, habilidades y actitudes descritas por la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson – estrechamente asociadas con el establecimiento de la relación enfermera-paciente (66,75) -, además de por su excelentes propiedades psicométricas (26,101,111).

El estudio clinimétrico original del cuestionario CNPI estuvo basado en un análisis factorial exploratorio, con el posterior análisis factorial confirmatorio (AFC) (27, 101, 111), y de igual forma se procedió en el presente estudio. Dado que los resultados obtenidos respecto a los valores de bondad de ajuste no fueron alentadores, se identificó el método de ecuaciones estructurales PLS - concebido según Chin y cols (146) para ser utilizado de forma complementaria al AFC tradicional - con suficiente evidencia científica para ser considerado como un método de validación de constructo riguroso (138,145). Está basado en la varianza y tiene por objetivo la predicción de variables dependientes, al contrario que el AFC, que parte del supuesto de covarianza entre factores. Igualmente, tal como apuntaban Chin y cols (146), debe mencionarse que el método PLS se adapta mejor al estudio de situaciones de alta complejidad, con fines predictivos y exploratorios. Así, su utilización para la validación de un cuestionario que pretende medir conductas, actitudes, y conocimientos en torno a la relación enfermera-paciente, parece adecuada, dada la complejidad de la misma. Debe destacarse que el presente estudio es pionero en el uso del método PLS aplicado a la Ciencia Enfermera. Por tanto, puede suscitar discusión respecto a la aplicabilidad futura del método en otros estudios en esta disciplina; no obstante, la pretensión siempre ha sido ofrecer una alternativa válida a los métodos clinimétricos tradicionales existentes, a veces difíciles de aplicar en muestras no paramétricas. La medición de conductas y actitudes, en esencia no debe ser estática, puesto que las mismas no lo son –ni siguen un orden establecido de covarianza entre ellas-. Siendo así, el método PLS, con sus algoritmos y protocolos de cálculo robustos, parece adecuado para la validación de un cuestionario que pretende medir conductas, según publicaron Chin y cols (146).

El modelo interno y externo del cuestionario NIC\_CA (ver figura nº 7) está basado en una relación lineal identificada entre 5 constructos, que se inicia en el constructo “necesidades”, y finaliza en los constructos “autoconfianza” y “equilibrio mental”. La misma, está rigurosamente fundamentada en un modelo teórico, para dotarla de identidad y validez de contenido (147) . La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson basa toda esta fundamentación. Al respecto, Watson (13) remarca la influencia de la corriente de pensamiento humanista en su teoría – nombrando autores como Maslow y Rogers-, así como la de pensamiento existencialista – detallando autores como Yalom, Lévinas, Kierkegaard, Whitehead, de Chardin, y Sartre -. De todos ellos, en primer lugar, es necesario recordar la teoría de Abrahan Maslow, la cuál expone que el ser humano debe ir satisfaciendo sus necesidades, que se encuentran jerarquizadas en una pirámide, cuyo último eslabón supone la autorrealización; no puede alcanzarse un nuevo nivel, dentro de la pirámide, si el actual no ha sido satisfecho (67). Por otro lado, Irwin Yalom (72) identificó cuatro preocupaciones existenciales que el ser humano debía resolver. De entre ellas, la última hace referencia a la carencia de sentido vital – entendida como la necesidad del ser humano de construir el significado de su vida- (72). También merece un breve recuerdo la *Filosofía del proceso* de Alfred Whitehead (70), como fundamento de la Teoría de Jean Watson. El autor expone la existencia de una red de procesos interrelacionados, de los que el ser humano es parte integrante (70). Además, Whitehead propone que las decisiones y acciones de la persona tienen consecuencias para el mundo que la rodea, y para sí misma (70). En último lugar, se encuentra la teoría de Pierre de Chardin (164), quién asumió la existencia de cuatro principios; entre ellos, el “principio de complejidad-conciencia”, refleja la tendencia del ser humano al logro de mayores niveles de complejidad, y simultáneamente, al logro de mayores niveles de conciencia (164).

Todas estas fundamentaciones teóricas inspiraron a Jean Watson durante la ideación de su teoría, y parece pertinente relacionarlas con el modelo interno de relaciones entre los 5 constructos del cuestionario NIC\_CA (ver figura nº 7). En primer lugar, deben ponerse en relación con la pirámide de necesidades de Maslow (67) en dos pasos, tal como se observa a continuación en las figuras 10 y 11:

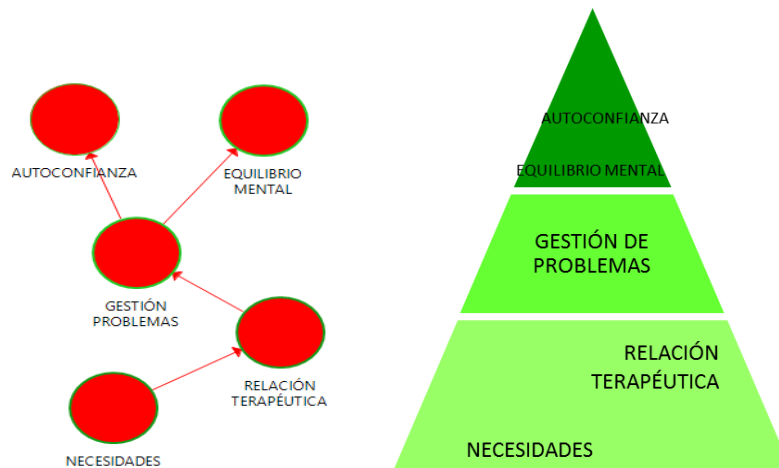


Figura 10: Relación visual entre el modelo interno del cuestionario y una pirámide con sus eslabones

[El modelo interno del cuestionario NIC\_CA, a la izquierda, ha sido rotado, dejando el constructo “necesidades” en la base; el resto de relaciones y direcciones entre constructos se han mantenido fieles a la estructura interna validada]

La figura 10, en la imagen de la izquierda, se representa el modelo interno del cuestionario, tal como ya se hiciera en la figura 6. A su lado, en la imagen de la derecha, se ha representado el mismo modelo interno, aunque en forma de pirámide – puesto que la dirección de los senderos planteada en el modelo estimado propone el inicio de la dirección del sendero en el constructo “necesidades”, y termina en los constructos “equilibrio mental” y “autoconfianza”.

En segundo lugar, debe ponerse en relación esta última pirámide con la Pirámide de Maslow (67), tal como se observa en la figura 11:

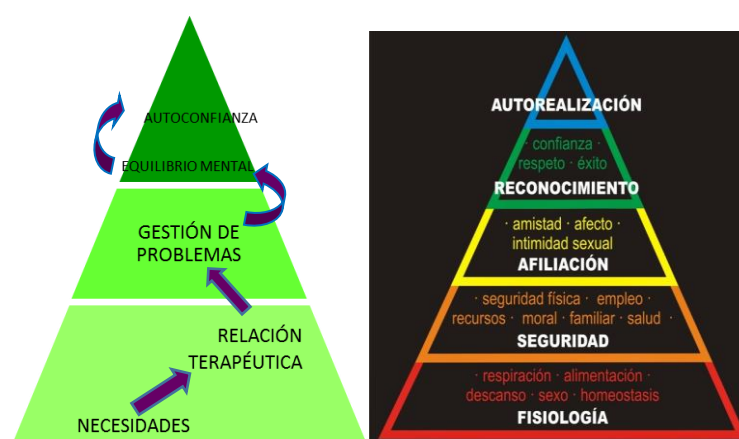


Figura 11: Relación entre el modelo interno del cuestionario y la teoría de la Pirámide de Maslow.

Gráfico de la izquierda: fuente propia

Gráfico de la derecha: creada por Simón Luque F. <https://federicosluque.com/emociones-negocios-parte-1> [visto el 01/08/2017]

La figura 11, en la imagen de la izquierda, se representa en forma de pirámide la dirección de los senderos que queda planteada en el modelo estimado. Es decir, partiendo del constructo “necesidades”, se llega al constructo “relación terapéutica”. Asumido éste, en el siguiente se encuentra el constructo “gestión de problemas”. Una vez conseguido este último, se asciende a un nuevo nivel que permite trabajar el constructo “autoconfianza” y el constructo “equilibrio mental”. De esta forma, haciendo una analogía con la teoría de la Pirámide de Maslow, representada en la imagen de la derecha (figura 11), las relaciones entre los constructos plantean una idea similar. Esto es, el nivel básico, el constructo “necesidades” – que Jean Watson engloba en físicas, mentales, sociales, y espirituales (75), y que Maslow considera como necesidades fisiológicas (67)-, debe ser satisfecho por la enfermera, para que ésta pueda pasar al siguiente nivel en la interacción de cuidado, que significa alcanzar el constructo “relación terapéutica”. Una vez que el profesional de enfermería afianza ésta, puede continuar con el constructo “gestión de problemas” – estos dos senderos, podrían asemejarse al segundo y tercer eslabón de la pirámide de Maslow, que engloban las necesidades de seguridad y afiliación (67) -. A continuación, el profesional de enfermería debe continuar con las interacciones de cuidado para llegar hasta el constructo “autoconfianza” por un lado, y el constructo “equilibrio mental” por otro – estos dos últimos senderos, podrían asemejarse al cuarto y quinto nivel de la pirámide de Maslow, que comprenden aspectos relacionados con la autoconfianza, el reconocimiento, y la autorealización (67) -.

Además, el planteamiento de las interacciones de cuidado como una relación, ciertamente jerarquizada entre constructos – en la que, tanto la persona como el profesional de enfermería, toman decisiones y actúan -, también presenta similitudes con la teoría de Whitehead (70). Así, éste propone la existencia de una red de procesos interrelacionados, que podría asemejarse a la red de relaciones direccionales entre los cinco constructos, de los que el ser humano es parte integrante. El autor también indica que las acciones y decisiones de las personas tienen efectos sobre el mundo que las rodea, y sobre sí mismas. Este hecho también queda reflejado en el modelo interno planteado, puesto que las acciones y decisiones tomadas en un nivel – un constructo – tienen su efecto sobre el resto de constructos o niveles; efectos, todos ellos, que medidos con el estadístico  $F^2$  con el método PLS, obtuvieron siempre tamaños de efecto fuertes.

Igualmente, las teorías de Yalom (72) y de Chardin (164) apuntan a la tendencia del ser humano a la construcción de su significado de vida, así como al logro de mayores niveles de complejidad y conciencia. Por ello, cabe destacar que los dos últimos constructos – “autoconfianza” y “equilibrio mental”- suponen para la persona la identificación del significado de su vida, de su proceso de salud-enfermedad, y por tanto, la obtención de un nivel superior de conciencia de su situación. El logro de dicho nivel, pasa por el devenir de la persona a través del resto de los constructos planteados. A su vez, el profesional de enfermería, con el objetivo de conseguir ese máximo nivel de conciencia, avanza a través de los constructos planteados de forma conjunta con la persona cuidada, para que ésta última construya el significado de su vida.

Respecto a la validez de contenido del cuestionario NIC\_CA, Jean Watson llevó a cabo un proceso de evaluación de la misma respecto a la esencia de su teoría. Ésta, concluyó que el cuestionario es fiel a la conceptualización de su modelo, y representa en su totalidad los 10 Factores de Cuidado. Ha sido posible, por tanto, dotar de validez de contenido al cuestionario, a partir de la propia opinión experta de la autora. Este hecho, pone en valor la escala NIC\_CA, respecto al resto de cuestionarios existentes que miden la misma competencia; esto es, cuestionarios como el “Nyberg Caring Assessment (NCA)”, “Caring Behaviors Assessment Tool (CBA)”, O “Caring Efficacy Scale (CES)” (100, 101), todos ellos basados igualmente en la teoría de Jean Watson, no fueron evaluados por ella misma, respecto a la adecuación del instrumento a su perspectiva teórica.

A propósito de la validez de criterio, se planificó utilizar el cuestionario “Nyberg Caring Asserssment (NCA)” como “patrón oro”, dado que guarda cercanía conceptual con el cuestionario NIC\_CA y el cuestionario CNPI, además de por su proceso validación y traducción en Chile. Así, tras correlacionar las puntuaciones obtenidas por los sujetos a la escala NIC\_CA, y las obtenidas por los mismos sujetos al cuestionario NCA, se obtuvo un valor de correlación ínfimo de 0.12. Tras varios procesos de correlación de ítems de ambos cuestionarios que compartían contenido semántico, finalmente no se obtuvieron correlaciones significativas en ningún caso. Dada la imposibilidad de llevar a cabo el análisis de la sensibilidad, especificidad, y cálculo de valores predictivos del cuestionario NIC\_CA en base a un “patrón oro”, se han obtenido niveles de competencia a partir de los valores de la mediana y los percentiles de la distribución de puntuaciones. Es por tanto, una debilidad del cuestionario NIC\_CA, que



debe ser tratada en posteriores investigaciones, con el objetivo de obtener un baremo de corrección más riguroso.

Por otro lado, el método de Regresión de Mínimos Cuadrados Parciales (PLS) permite calcular hasta 3 parámetros relacionados con la fiabilidad del modelo planteado. Así, ofrece el cálculo de alfa de Cronbach para cada constructo, el de fiabilidad compuesta, y el valor de la varianza extraída media (AVE). Respecto a este último, los resultados obtenidos fueron valores superiores a 0,5, excepto para los constructos “autoconfianza” y “gestión de problemas”. No obstante, a pesar de las modificaciones realizadas respecto a los ítems de dichos constructos con menores cargas, el valor de AVE se situó siempre muy cercano al valor crítico de 0.5: 0.47 y 0.46 respectivamente (ver tabla nº 28) (152). Con ello, y atendiendo al contenido semántico de los ítems que conforman cada uno de los dos constructos, se tomó la decisión de mantener el modelo en su diseño original - teniendo en cuenta que el principal valor de bondad de ajuste, el valor de normalización cuadrada media residual (SRMR), fue siempre inferior a 0.08 -. Es decir, a pesar de que los valores de AVE para los constructos “autoconfianza” y “gestión de problemas” no resultaron ser superiores al valor crítico, su cercanía al mismo, pero sobretodo su contenido conceptual en relación a la teoría de Jean Watson, llevaron a tomar la decisión de considerarlos como fiables. Además, su eliminación en el modelo de relaciones lineales planteado afectaría gravemente a la esencia del modelo de la autora.

En relación a los valores de alfa de Cronbach obtenidos por cada constructo (ver tabla nº 27), y por la escala en general –  $\alpha=0.92$  -, fueron siempre superiores al valor crítico de 0.7 . Los valores de fiabilidad de otros cuestionarios que miden la misma competencia obtuvieron valores en un rango entre 0.8 y 0.91 (100,101). Únicamente el cuestionario “Caring Behaviors Inventory (CBI)” obtuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.96 (100,101). Por otro lado, el “Inventario de Competencias Relacionales y de Ayuda (ICRAS)”, validado por Ferreira y cols (109) – que comparte similitudes metodológicas con el presente estudio, puesto que también fue validado en una muestra de estudiantes de Grado en Enfermería, con el objetivo de medir su competencia en la comunicación, empatía, y contacto con el paciente - ofreció un valor de alfa de Cronbach de 0.74. Por tanto, podría decirse que el cuestionario NIC\_CA, en relación al resto de las herramientas existentes (ver tabla nº 6), presenta mejor valor de fiabilidad respecto a la medición de la competencia estudiada.

El análisis de la calidad de las propiedades psicométricas, realizado mediante los estándares COSMIN (160), también reveló que el instrumento NIC\_CA fue construido mediante un proceso de adaptación cultural riguroso y que posee validez de estructura, de contenido, fiabilidad y consistencia interna (ver anexo nº 21). No obstante, no puede concluirse la excelencia del cuestionario respecto a la validez de criterio, puesto que no ha sido posible calcular la sensibilidad y la especificidad. A pesar de ello, estos resultados ponen en valor la calidad metodológica del proceso de validación clinimétrica del instrumento construido.

## **7.2. ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO NIC\_CA**

Descritas las habilidades interpersonales y de comunicación entre el profesional de enfermería y la persona cuidada como competencias genéricas según el Libro Blanco de Enfermería (6) y la Orden CIN 2134/2008 del 3 de julio (165) – además de su importancia metodológica (16,17) y clínica -, es necesario analizar la representación de las mismas en el cuestionario NIC\_CA. Así, recordando a Cibanal (77), la relación enfermera-paciente tiene como objetivo ayudar a la persona a identificar su situación de salud, y si cabe, elegir la mejor estrategia para solucionarla o mejorarla. También expone que el profesional de enfermería debe captar las necesidades del paciente, con el fin de descubrir otras posibilidades de percibir y aceptar su situación actual (22). Dicha conceptualización queda reflejada en el modelo interno del cuestionario NIC\_CA, puesto que el mismo contempla tanto el constructo “necesidades” – cuyo objetivo es identificar las necesidades básicas y satisfacerlas -, así como el constructo “relación terapéutica” y “gestión de problemas”, ambos relacionados con la identificación de la situación de salud específica de la persona, y de las estrategias de afrontamiento para la misma. Además, en relación a los últimos constructos del sendero, “equilibrio mental” y “autoconfianza”, éstos se encuentran también relacionados conceptualmente con la aceptación de la situación específica de salud por la persona (ver figura nº 7).

Un estudio más detallado de los ítems que conforman el cuestionario NIC\_CA (ver anexo nº 20), puede demostrar su relación con los elementos conceptuales que componen la relación enfermera-paciente, descritos por Cibanal (22,77) y Jean Watson (102), tal como recoge la tabla 59:

Tabla 59: Relación de los ítems del cuestionario NIC\_CA y elementos conceptuales de la relación enfermera-paciente

ÍTEMS DEL CUESTIONARIO NIC_CA	ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE
1. Llamar su atención hacia aspectos positivos sobre ellos y su estado de salud	Refuerzo de logros
2. Ayudarlos a encontrar motivación para mejorar su estado de salud	Refuerzo de logros, escucha activa, atención,
3. Ayudarles a afrontar el estrés generado por su condición o situación general	Confrontación, aceptación de la expresión de sentimientos y emociones
4. Ayudarles a ver las cosas desde un punto de vista diferente	Confrontación, aceptación de la expresión de sentimientos y emociones
5. Ayudarles a reconocer los medios para resolver eficazmente sus problemas	Confrontación, aceptación de la expresión de sentimientos y emociones
6. Ayudarles a identificar, formular, y hacer preguntas sobre su enfermedad y tratamiento	Confrontación, aceptación de la expresión de sentimientos y emociones
7. Darles la oportunidad de practicar el autocuidado	Aceptación de la expresión de sentimientos y emociones, empatía, escucha activa
8. Enseñarles cómo programar y preparar su medicación	Inmediatez, atención y contacto visual
9. Darles indicaciones y medios para tratar o prevenir efectos secundarios de su medicación u otro tratamiento	Inmediatez, atención y contacto visual
10. Comprobar si sus medicamentos alivian sus síntomas (por ejemplo: náuseas, dolor, constipado, ansiedad, etc...)	Inmediatez, atención y contacto visual
11. Ayudarles con aquellos cuidados que no pueden administrarse ellos mismos	Inmediatez, atención y contacto visual
12. Tener en cuenta sus necesidades básicas (por ejemplo: dormir, higiene, etc.)	Inmediatez, atención y contacto visual
13. Ayudarles a sentirse bien con ellos mismos	Refuerzo de logros, empatía
14. Ayudarles a explorar qué es importante en sus vidas	Escucha activa, autenticidad, aceptación incondicional, respeto
15. Ayudarles a averiguar el significado que dan a su estado de salud	Escucha activa, autenticidad, aceptación incondicional, respeto
16. Ayudarles a recuperar un cierto equilibrio en su vida	Escucha activa, autenticidad, aceptación incondicional

Fuente: Cibanal (22,77) y Watson (102)

Según las afirmaciones de Hagerty y Patusky (78), la relación enfermera-paciente es lineal y pasa por diferentes fases; es decir, parte de una situación inicial que evoluciona hacia una resolución de la situación que, análogamente al modelo interno del cuestionario NIC\_CA, supone que su desarrollo pasa por diferentes fases (78). También concluyen que el establecimiento y desarrollo de la relación enfermera-paciente requiere dedicación y tiempo (78), ambos argumentados también por la relación de senderos entre los constructos, expuesta por el modelo interno del cuestionario NIC\_CA (ver figura 7).

Por otro lado, en base a las aportaciones de Olshansky (79) y Cibanal (77), tras la validación de constructo, puede conceptualizarse la relación enfermera-paciente como “interacción de cuidado”. Todas las conductas descritas por los ítems del cuestionario NIC\_CA miden la competencia del estudiante en el establecimiento de una interacción

con el paciente, que a su vez es la base del cuidado enfermero (79, 80). Por ello, la relación enfermera-paciente puede re-conceptualizarse como interacción de cuidado, puesto que parte de una relación entre dos personas, y su objetivo es prestar cuidados enfermeros (23, 26, 79, 80).

Respecto a la evaluación de la validez de contenido mediante los estándares COSMIN (160), ésta le confiere un valor añadido al proceso de validación clinimétrica del presente estudio; así, le confiere mayor rigurosidad a la afirmación de que la escala NIC\_CA evalúa el constructo que pretende medir, y lo hace de forma fiable.

### **7.3. PERFIL DE LA MUESTRA**

Los sujetos de la muestra, tanto para el estudio piloto como para el estudio de campo, fueron estudiantes de último curso de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla. Dicha selección, por conveniencia, estuvo motivada por el objetivo de medir el resultado de aprendizaje respecto al nivel de competencia en la relación enfermera-paciente al final de la formación de Grado en Enfermería. Resultó pues, además de una vía para conocer el nivel de competencia final adquirido por los discentes en la Universidad de Sevilla, una vía para la futura propuesta y creación de nuevas estrategias docentes, conjuntamente con la implantación del cuestionario NIC\_CA como rúbrica de evaluación. Bajo esta concepción, asentando las aportaciones de Lévi-Levoyer (47), la pretensión no fue otra que afirmar que el proceso de enseñanza-aprendizaje es continuo, y cuyo resultado debe evaluarse al final del periodo docente específico; esto es, al final de la formación de Grado en Enfermería.

Dado el interés por describir en profundidad la muestra de estudio, como reflejo de la población, no se fijaron límites para la variable edad ni sexo. Por otro lado, respecto a las variables “formación previa” en el área de la salud e “ingresos hospitalarios previos”, su definición como variables respondió a la necesidad de estudio de la posible relación entre éstas y un mejor nivel de competencia en la relación enfermera-paciente – quizás debido al aprendizaje o exposición previa a una relación con el paciente, bien en primera persona, bien durante sus prácticas clínicas en otras titulaciones-. Los resultados obtenidos mostraron que ambas variables no tienen relación alguna con la competencia en la interacción de cuidado por sí mismas. Por otro lado, la descripción del perfil de la muestra en base a la variable edad, mostró que la mayoría de estudiantes se encuentran dentro del estrato de 20 a 26 años, con una media de 24 años. Solamente un pequeño porcentaje de la muestra tiene edades superiores a los 27 años. Este hecho, responde a la situación natural del alumnado, que en su

mayoría accede a la titulación tras la finalización de sus estudios de secundaria, como progreso de su vida académica de forma continuada. Además, respecto a la formación previa del estudiante que accede a la titulación, sólo un 31% posee un Ciclo Formativo de Grado Superior, frente a un 5,7% que posee un Ciclo Formativo de Grado Medio. De nuevo, estos datos confirman que el acceso mayoritario del alumnado a la titulación se desarrolla a partir de la finalización de sus estudios de secundaria (63.3%).

En relación a la variable sexo, el 78,6% de la muestra fueron mujeres. Este hecho ratifica los datos de matriculación recabados para el Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla (43), mostrando que un porcentaje elevado de estudiantes del mismo son mujeres. Así, cabe preguntarse si la disciplina enfermera es actualmente una titulación feminizada, además de apuntar hacia futuros estudios sobre la interacción de cuidado y su conceptualización desde la perspectiva de género.

Son pocos los estudios publicados respecto a la evaluación del nivel de competencia en la interacción de cuidado en estudiantes de Grado en Enfermería. No obstante, Suikkala y cols (113) evaluaron dicha competencia sobre la muestra natural de estudiantes de Grado en Enfermería en Finlandia, en su segundo año académico. El análisis estadístico del perfil de su muestra también concluyó que la gran mayoría de estudiantes eran mujeres, con una media de edad de 26 años. De igual forma, el mayor porcentaje de su muestra había accedido a los estudios del Grado tras la finalización de la educación secundaria. En el mismo sentido, Dias y cols (114), en su estudio cualitativo llevado a cabo en Brasil sobre la percepción del estudiante de último curso de Grado en Enfermería respecto a la competencia de interacción de cuidado y la formación recibida al respecto, realizaron 16 entrevistas en profundidad – de las cuáles, 13 fueron dirigidas a mujeres, en edades comprendidas entre los 20 y 30 años -. Igualmente, los resultados publicados por Klakovich y cols (110) fueron obtenidos sobre una muestra de estudiantes de Grado en Enfermería en Estados Unidos, de los que el 92% fueron mujeres, y la media de edad se situó en 24 años. Con todo ello, es posible pensar que el perfil de la muestra del presente estudio es ciertamente parecido al de otras investigaciones internacionales publicadas –aunque son pocas-, alrededor de la evaluación de la competencia de interacción de cuidado.

En relación al protocolo de validación del “Inventario de Competencias Relacionales y de Ayuda (ICRAS)” en Portugal, sobre una muestra de estudiantes de Grado en Enfermería (109), éste no reportó resultados respecto al perfil de la muestra ni sus puntuaciones en el cuestionario construido. Por tanto, a pesar de haber sido validado

también en estudiantes de Grado en Enfermería, y de compartir objetivos y aspectos metodológicos con el presente estudio, no ha sido posible comparar sus resultados con los descritos en este informe, respecto al perfil de la muestra.

La puntuación media obtenida por los sujetos de la muestra al cuestionario NIC\_CA, para los estudiantes pertenecientes a las Unidades Docentes de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, osciló en torno a los 56 puntos – situando su nivel de competencia en bajo o bajo-medio, según la Unidad -. Por otro lado, respecto a los Centros Adscritos a dicha Universidad, los estudiantes del Centro Universitario Cruz Roja, obtuvieron una puntuación similar. No obstante, debe tomarse en consideración la puntuación obtenida por los sujetos de la muestra pertenecientes a la Escuela Universitaria de Osuna, puesto que fue la más baja -en torno a los 53 puntos-, situándolos en un nivel de competencia bajo. Por el contrario, los estudiantes del Centro Universitario de San Juan de Dios de Bormujos, obtuvieron la máxima puntuación - de 60 puntos – situándolos en un nivel de competencia alto. Dados estos resultados, parece necesario pensar en la necesidad de analizar en profundidad las causas de las diferencias de puntuación entre los centros, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de la docencia y de homogeneizarla, en concordancia con las recomendaciones del Espacio Europeo de Educación Superior (2) y el plan de estudios de la Universidad de Sevilla, basado en aquéllas (41). Así, podría pensarse que la puntuación está relacionada con el contenido teórico de la formación optativa ofrecida por los diferentes centros, en relación a la competencia estudiada. Siendo así, debe mencionarse que el Centro Universitario San Juan de Dios de Bormujos (45), quién obtuvo la mayor puntuación media, ofrece, además de las asignaturas obligatorias y básicas comunes en todos los centros, la asignatura optativa “Atención a múltiples víctimas y ayuda humanitaria”, igual que el Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja (44). En contraposición, la Escuela Universitaria de Osuna (46), ofertando además de la asignatura anterior la optativa “Psicología Social Aplicada a los Cuidados en Enfermería”, obtuvo la puntuación media más baja. Por otro lado, las tres Unidades Docentes de la Universidad de Sevilla, con una puntuación media idéntica a la obtenida por el Centro de Enfermería Cruz Roja, ofertan además de las asignaturas mencionadas anteriormente, “Procesos psicológicos en los usuarios del sistema de salud”(43). Por tanto, cabe plantear que el nivel de competencia en la interacción de cuidado no sólo depende de la formación teórica recibida (obligatoria y/o optativa), sino que quizás también dependa de las posibilidades del estudiante de ponerlo en práctica y ejecutarlo

en un contexto de formación y discusión con el docente. En este sentido, el estudio publicado por Dias y cols (114) plantea en sus resultados que la percepción general del estudiante es la necesidad de implementar mejoras en los programas de formación en esta competencia, incluyendo metodologías interactivas que faciliten al estudiante aprender y practicar la misma.

Además, la identificación de esta competencia como global en la Orden CIN/2134/2008 del 3 julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero/a (165), hace necesario acreditar la adquisición de niveles adecuados de la misma al finalizar la formación de Grado en Enfermería. Dicha acreditación está regulada por la ANECA, quién pretende garantizar la adquisición de las competencias establecidas en los planes de estudio por el estudiante (3). Por su parte, Klakovich y de la Cruz (110), concluyeron la existencia de diferencias en el nivel de competencia en la interacción de cuidado entre estudiantes de primer curso y de último curso. Este hecho, confirma también la necesidad de implantación de programas docentes que incluyan dicha competencia a lo largo de todo la formación de Grado, con el objetivo de asegurar su adquisición por parte del estudiante al finalizar la misma. De igual forma, Suikkala y cols (113) también identificaron la existencia de un aprendizaje intrínseco al desarrollo de las prácticas clínicas del estudiante, sin perder de vista la necesidad de focalizarlo hacia unos cuidados humanizados. Todo ello pues, se convierte en un motivo más para poner en valor el cuestionario NIC\_CA como rúbrica de evaluación de la competencia en la interacción de cuidado; no sólo por su fundamentación en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (67, 76), sino por su rasgo facilitador de la identificación de áreas de mejora, vehiculando con ello la puesta en marcha de nuevas estrategias docentes. Además, tal como señalan Villa y Poblete (54) y Truemper (58), el estudiante podría beneficiarse del conocimiento previo de la herramienta, puesto que le permitiría responsabilizarse de su propio aprendizaje, poniendo en marcha su razonamiento crítico y conociendo de antemano los resultados esperados por el docente respecto a esta competencia.

No sólo las recomendaciones europeas y/o la legislación española remarcan la necesidad de dotar de competencia en la interacción de cuidado al estudiante. Debe recordarse también su identidad metodológica, argumentada por su amplia presencia en las taxonomías enfermeras, como son la “Nursing Interventions Classification (NIC)” (16) y la “Nursing Outcomes Classification (NOC)” (17). Igualmente, también debe



mencionarse su identidad clínica, pues la consecuencia directa de la interacción de cuidado, según describen Williams e Irurita (19), y otros autores (84,91,92), es el aumento del nivel de seguridad, de conocimiento, y de autoestima de la persona cuidada, así como el logro de los objetivos del plan de cuidados enfermeros planteado.

Estas cuestiones metodológicas y clínicas ponen de manifiesto nuevamente la necesidad de mejorar el nivel de competencia en la interacción de cuidado de los estudiantes. Éstos, al finalizar su formación, deben ser capaces de desarrollar procesos de valoración e intervención enfermeras, identificadas como competencias específicas del Grado en Enfermería (165), en los que la implicación y consecuencias de la interacción de cuidado ha sido ampliamente justificada.

#### **7.4. APLICABILIDAD DEL CUESTIONARIO NIC\_CA COMO RÚBRICA DE EVALUACIÓN**

En relación al proceso de convergencia del espacio Europeo de Educación Superior, todas las enseñanzas universitarias llevaron a cabo sendos procesos de adecuación a las nuevas recomendaciones europeas (1,2). Una de ellas, fue la necesidad de descripción de las calificaciones en términos de aprendizaje y adquisición de competencias (3, 33). Se llevó a cabo una reestructuración del proceso de enseñanza-aprendizaje, apareciendo en escena nuevos métodos evaluativos (8). Entre ellos, se encuentran las rúbricas de evaluación, que fueron definidas como instrumentos de medida que describen las expectativas de desempeño de la tarea (55). Además, son instrumentos de evaluación que, basados en una escala cualitativa o cuantitativa asociada a unos criterios preestablecidos, miden las acciones del estudiante respecto a una competencia concreta (7). Con todo ello, puede decirse que el cuestionario NIC\_CA, de 16 ítems con un baremo de corrección, y buenas propiedades psicométricas, cumple los elementos conceptuales que definen una rúbrica de evaluación (57). Además, puede ser revisado previamente por el alumno, con el objetivo de que conozca de antemano los criterios de evaluación y sea responsable de su propio aprendizaje, tal como mencionaban Villa y Poblete (54).

Por otro lado, la construcción y/o selección de la mejor rúbrica de evaluación de una competencia debe responder a criterios de validez y fiabilidad, según las especificaciones de Covacevich (57). Anteriormente, han sido expuestos todos los resultados de fiabilidad y validez del cuestionario NIC\_CA, convirtiéndolo de nuevo en un instrumento adecuado para ser utilizado como rúbrica de evaluación de la competencia de interacción de cuidado.



En relación a todo lo anterior, así como a los resultados obtenidos por los sujetos de la muestra al cuestionario NIC\_CA, sería adecuado pensar en la implementación de nuevas estrategias docentes de forma transversal, que permitan mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje de la competencia estudiada por los estudiantes del Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla. Así mismo, para facilitar dicho proceso, y la propia evaluación de la competencia, podría implementarse el cuestionario NIC\_CA como rúbrica de evaluación de la misma. Su formato, compuesto por 16 ítems, parece *a priori* aplicable a un contexto docente, en cuánto a tiempo y forma se refiere.

Para llevar a cabo su implantación, sería necesario diseñar una nueva fase de este estudio. Así, con el objetivo de identificar áreas de mejora y nuevas estrategias docentes, cabe proyectar un nuevo estudio de campo que permita desarrollar programas formativos específicos en la competencia, utilizando el cuestionario NIC\_CA como base para fijar los resultados de aprendizaje esperados. Con ello, podría estudiarse mejor su aplicabilidad, funcionalidad, así como su validez de criterio.

#### **7.5. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA COMPETENCIA EN HABILIDADES SOCIALES Y LA COMPETENCIA EN LA INTERACCIÓN DE CUIDADO**

Este estudio planteó la posibilidad de relacionar el nivel de competencia en la relación enfermera-paciente y el nivel de competencia en habilidades sociales. Los resultados obtenidos indican que no existe correlación entre ambas puntuaciones; esto es, la competencia en habilidades sociales no conlleva la posesión de competencia en la interacción de cuidado “*per se*”. En este sentido, las aportaciones de Olshansky (79) puntualizan que la competencia en la relación enfermera-paciente responde a un proceso de formación específica. Así, su adquisición no es mera casualidad, ni producto de la propia personalidad; por el contrario, es consecuencia de un proceso de formación universitaria específica, puesto que focaliza en aspectos más amplios y de naturaleza disciplinar, que las habilidades sociales por sí solas. Sin embargo, la existencia de una leve correlación entre ambas puntuaciones (con un valor de  $r = 0,12$ ), podría indicar una cierta facilidad para la adquisición de la competencia en la interacción de cuidado en aquellos sujetos competentes en habilidades sociales. No obstante, el valor de dicha correlación es tan ínfimo que es legítimo considerar la necesidad de una formación específica en Ciencias Enfermeras como vehículo para la adquisición de esta competencia en todas sus dimensiones.

## 7.6. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

El análisis estadístico uni-variado de los datos recogidos en el estudio de campo, evidenció que la mayoría de sujetos eran mujeres. Este hecho, a pesar de ser una realidad en la conformación del alumnado de Grado en Enfermería en España, podría sesgar en cierta medida los resultados obtenidos; así, no es posible establecer un perfil, respecto a la competencia de interacción de cuidado, en base al sexo - dada la menor frecuencia de hombres respecto a la de las mujeres-. Existe pues, la necesidad de proyectar futuros estudios al respecto, que permitan evaluar la conceptualización de dicha competencia desde la perspectiva de género, e incluso analizar en profundidad si la titulación de Grado en Enfermería en España se encuentra “feminizada”.

Por otro lado, debe señalarse también como debilidad del estudio que la variable “edad” fue tratada como cualitativa, dado que se categorizó en estratos. El motivo, no fue otro que “técnico”, puesto que la recogida de datos se llevó a cabo mediante hojas destinadas a ser procesadas por un *software* lector. Éstas, permitían responder únicamente de forma cualitativa – con opciones de respuesta de la “a” a la “d”-, y no cuantitativa.

Respecto al proceso de validación clinimétrica, debe mencionarse que se calculó un tamaño muestral necesario para el estudio de campo de 350 sujetos, partiendo de los 70 ítems iniciales del cuestionario “Caring Nurse-Patient Interactions”. No obstante, tras el estudio piloto, los ítems fueron reducidos a 28, y con ellos, se llevó a cabo el estudio de campo. Dado que el estudio piloto se ejecutó sobre una muestra de 74 sujetos, la reducción de ítems mediante análisis factorial exploratorio (AFE) sobre ese tamaño muestral no sería aconsejable, según lo aportado por McCallum y cols (121). A pesar de ello, se procedió de tal forma, por lo que puede considerarse como una limitación. No obstante, en base a los 28 ítems de dicha versión reducida, el cálculo del tamaño muestral necesario sería de 280 sujetos (10 sujetos \* 28 ítems) para el estudio de campo (121), y finalmente la muestra la conformaron 332 sujetos - muy por encima del tamaño mínimo necesario-.

La imposibilidad de calcular la sensibilidad, especificidad, y valores predictivos del cuestionario NIC\_CA, en base a otro cuestionario fijado como “patrón oro”, debe remarcarse también como limitación. Este hecho influyó en la definición de los niveles de competencia, que estuvo basada en la mediana y los percentiles de las puntuaciones obtenidas por los sujetos. Por tanto, la validez de criterio del cuestionario NIC\_CA debería ser evaluada en futuras investigaciones, así como la validez externa del mismo.

Esto supondría la posibilidad de generalizar los resultados y poder aplicar el cuestionario NIC\_CA en todo el ámbito español. Además, la planificación de un programa de mejora del aprendizaje de la competencia estudiada, sistematizado y fusionado con los resultados del cuestionario NIC\_CA – utilizado, no sólo como rúbrica de evaluación, sino como guía de las mejoras adquiridas por el estudiante durante el proceso -, permitiría trabajar exhaustivamente la adquisición de dicha competencia por los estudiantes. Así, la Universidad podría garantizar extensamente resultados de aprendizaje en torno a la interacción de cuidado, siendo un criterio de calidad docente y un estándar necesario para el cumplimiento de las recomendaciones Europeas.

## 8. CONCLUSIONES

---

1. El cuestionario NIC\_CA (Nursing Interactions in Caring \_Competence Assessment) es un instrumento válido y fiable para evaluar del nivel de competencia en la interacción de cuidado, y puede usarse como rúbrica de evaluación en estudiantes de último curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla.
2. El cuestionario NIC\_CA posee 5 dimensiones, y ha obtenido validez discriminante y tamaños de efecto óptimos en las relaciones entre constructos, así como valores de fiabilidad de constructo excelentes.
3. El valor de ajuste del modelo es inferior al valor crítico para este parámetro, con valores de redundancia cruzada ( $Q^2$ ) superiores a 0, lo que indica una excelente relevancia predictiva.
4. El alumnado en su mayoría fue mujer (78,6%) con edades entre 20 y 26 años, procedentes de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, sin estudios previos en el ámbito de las Ciencias de la Salud (63%).
5. Los niveles de competencia del cuestionario NIC\_CA fueron diseñados y validados a partir del estudio de la mediana y los percentiles de la distribución de la muestra. De esta forma, se establecieron 3 niveles de competencia en la interacción de cuidado: 16 a 56 puntos (nivel bajo), 57 a 62 puntos (nivel medio), y 63 a 80 puntos (nivel alto).
6. La puntuación media es de 56'52 puntos, que equivale a un nivel de competencia bajo. Sólo se encontraron diferencias significativas en la puntuación media en relación al centro docente.
7. No existe correlación entre el nivel de competencia en la interacción de cuidado – medido a través del cuestionario NIC\_CA- y el nivel de competencia en habilidades sociales – medido con el cuestionario ISS-. Por tanto, la competencia en habilidades sociales no conlleva “*per se*” un nivel de competencia en la interacción de cuidado.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Joint Declaration of European Ministers of Education. Bologna Declaration: The European Higher Education Area. Bologna [Internet]. Bologna; 1999 [cited 2017 Nov 8]. Available from: <http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/about>
2. Palés J, Nolla M, Oriol A, Gual A. Proceso de Bolonia (1): educación orientada a competencias. *Rev Educ Médica*. 2010;13(3):127–35.
3. ANECA. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [Internet]. [cited 2017 Nov 8]. Available from: <http://www.aneca.es/>
4. ANECA. Ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (grado y máster): Programa VERIFICA [Internet]. 2008 [cited 2017 Nov 8]. Available from: [http://213.27.167.36/media/164042/verifica\\_protocoloyplantilla\\_gradomaster\\_080904.pdf](http://213.27.167.36/media/164042/verifica_protocoloyplantilla_gradomaster_080904.pdf)
5. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Programa de evaluación VERIFICA [Internet]. 2008 [cited 2017 Nov 16]. Available from: <http://www.aneca.es/Programas-de-evaluacion/VERIFICA>
6. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco. Título de Grado en Enfermería. ANECA; 2004. p. 69–83.
7. Torres J, Perera V. La rúbrica como instrumento pedagógico para la tutorización y evaluación de los aprendizajes en foro online de educación superior. *Rev Medios y Educ la Univ Sevilla* [Internet]. 2010;36:141–9. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/368/36815128011.pdf>
8. Cano E. Las rúbricas como instrumento de evaluación de competencias en educación superior: ¿Uso o abuso? *Profr Rev currículum y Form del Profr*. 2015;19(2):265–80.
9. Simon M, Forgette G. A rubric for scoring postsecondary academic skills. *Pract Assessment, Res Eval*. 2001;7(18):1–4.
10. Pokorny M. Teorías en enfermería de importancia histórica. In: Marriner A, Raille M, editors. *Modelos y teorías de enfermería*. 7th ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 50–70.
11. Kérouac S, Pepin I, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. 5a ed. Barcelona: Elsevier- Doyma: Mason; 2007. 1–20 p.
12. Smith M. Theoretical perspectives on Caring. In: Smith M, Turkel M, Wolf Z, editors. *Caring in Nursing classics An Essential Resource*. Springer Publishing Company; 2013. p. 155–64.
13. Watson J. The theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nurs Sci Q*. 1997;10(1):49–52.
14. Jesse D. Jean Watson: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. In: *Modelos y teorías de enfermería*. Elsevier; 2011. p. 91–112.
15. Smith M, Turkel M, Wolf Z. *Caring in Nursing classics. An Essential Resource*. Springer Publishing Company; 2013. 237–264 p.

16. Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM WC. Nursing Interventions Classification (NIC). 6ª. Editorial Mosby; 2013. 91–794 p.
17. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC). 5ª. Mosby; 2013. 74–682 p.
18. Müggenburg M, Riveros A. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario. Parte 1. Rev Enfermería Univ Eneo-UNAM. 9(1):36–44.
19. Williams A, Irurita V. Therapeutic an non-therapeutic interpersonal interactions: the patients perspective. J Clin Nurs. 2004;3(7):806–15.
20. Carrillo A, Esquivel P, García A, Ramirez R, Ugalde B, Bautista C. Relación enfermera-paciente y su repercusión en el estado emocional del paciente crítico. Rev Mex Enfermería Cardiológica. 1997;5:99–101.
21. Frich L. Nursing interventions for patients with chronic conditions. J Adv Nurs. 2003;44(2):137–53.
22. Cibanal J, Arce M. La relación enfermera-paciente. 3a ed. Medellín-Colombia: Editorial Universidad de Antioquia - Colección Salud Enfermería; 2009. 99–154 p.
23. García S, Gil F. Conceptos, supuestos y modelo de las habilidades sociales. In: Gil F, Leon J, Jarana L, editors. Habilidades sociales y salud. Madrid: Pirámide; 1995. p. 47–58.
24. Hurtado S. La relación de ayuda en Enfermería. Rev Index Enfermería [Internet]. 2014;23(4):229–34. Available from: <http://ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/ArticuloEE/idArticulo=1082026113334>.
25. Watson J. Section I: Overview. In: Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Scicences. 2009. p. 3–23.
26. Cossette S, Pepin J, cols. The multidimensionality of caring: a confirmatory factor analysis of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale. J Adv Nurs. 2008;61(6):699–710.
27. Bajo N. Oportunidades y retos del Espacio Europeo de Educación Superior. Anu Jurídico y Económico Ecur. 2010;XLIII:431–56.
28. González J, Wagenaar R. Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Fase 1. [Internet]. Universidad de Deusto y Universidad de Groningen; 2003 [cited 2017 Nov 17]. Available from: [http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningEUI\\_Final-Report\\_SP.pdf](http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningEUI_Final-Report_SP.pdf)
29. González J, Wagenaar R. Tuning Educational structures in Europe. Proyecto Runing. Informe final fase 2. [Internet]. Universidad de Deusto y Universidad de Groningen; 2005 [cited 2017 Nov 17]. Available from: <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/tuning/tuning04.pdf>
30. Joint Declaration of European Ministers of Education. Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de Educación Superior Europeo - Declaración de la Sorbona (París) [Internet]. París - La Sorbona; 1998 [cited 2017 Nov 8]. Available from: [http://www.eees.es/pdf/Sorbona\\_ES.pdf](http://www.eees.es/pdf/Sorbona_ES.pdf)

31. Joint Declaration of European Ministers of Education. El Espacio Europeo de Educación Superior-Alcanzando las metas. Declaración de Bergen 19-20 de mayo [Internet]. 2005 [cited 2017 Nov 8]. Available from: [http://www.eees.es/pdf/Bergen\\_ES.pdf](http://www.eees.es/pdf/Bergen_ES.pdf)
32. Joint Declaration of European Ministers of Education. Educación Superior Europea. Declaración de Berlín de 19 de septiembre [Internet]. 2003 [cited 2017 Nov 8]. Available from: [http://www.eees.es/pdf/Berlin\\_ES.pdf](http://www.eees.es/pdf/Berlin_ES.pdf)
33. European Association for Quality Assurance in Higher Education. Standards and guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area. Helsinki; 2005.
34. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial de Estado del 30 de Octubre de 2007; 2007.
35. Gobierno de España. Real Decreto 861/2010 del 2 de julio por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007 por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Madrid: Boletín Oficial del Estado, nº 161, (3-7-2010); 2010.
36. Gobierno de España. Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE nº307, del 24/12/2001. 2001.
37. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Real Decreto 1509/2008 del 12 de septiembre, por el que se crea el Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT). 2008.
38. Ministerio de Educación C y D del G de E. Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT) [Internet]. 2008 [cited 2017 Nov 16]. Available from: <https://www.educacion.gob.es/ruct/home>
39. Gobierno de España. Resolución de 13 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Universidades, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 30 de octubre de 2009, por el que se establece el carácter oficial de determinados títulos de Grado y su inscripción. 2009.
40. Junta de Andalucía. Decreto 302/2009, de 14 de julio, por el que se autoriza la implantación de enseñanzas universitarias de Grado, Máster y Doctorado, y se actualiza el catálogo de enseñanzas universitarias conducentes a la expedición por las Universidades Públicas de Andal. 2009.
41. Gobierno de España. Resolución de 20 de diciembre de 2010, de la Universidad de Sevilla, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Enfermería BOE nº 17 del 20/01/11. 2010.
42. Gobierno de España. Resolución de 31 de mayo de 2017, de la Universidad de Sevilla, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Enfermería. BOE nº 147 del 21/07/17.
43. Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla [Internet]. [cited 2017 Nov 16]. Available from: <http://www.fefp.us.es/estudios/grados/enfermeria>
44. Centro de Enfermería Cruz Roja. Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja de Sevilla [Internet]. [cited 2017 Aug 1]. Available from:



<http://enfermeriadesevilla.org/>

45. Centro Universitario San Juan de Dios. Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios [Internet]. [cited 2017 Aug 1]. Available from: <http://www.cue.sjd.es/>
46. Escuela Universitaria Osuna. Escuela Universitaria de Osuna [Internet]. [cited 2017 Aug 1]. Available from: <http://www.euosuna.org/>
47. Lévy-Levoyer C. Gestión de las competencias. Barcelona: Gestión 2000; 1997. 65–97 p.
48. Villa A, Poblete M. Practicum y evaluación de competencias. Profesorado. Rev currículum y Form del Profr. 2004;8(2):1–19.
49. Marton F, Säljö R. On qualitative differences in learning: I. Outcome and process. Br J Educ Psychol. 1976;46:4–11.
50. Marton F, Säljö R. On qualitative differences in learning: II. Outcome as a function of the learner's conception of the task. Br J Educ Psychol. 1976;46:115–27.
51. Edmonson K. Assessing Science Understanding through Concept Maps. In: Mintzes J, Wandersee J, Novak J, editors. Assessing Science Understanding A Human Constructivist View. San Diego: Elsevier Academic Press; 2005. p. 15–41.
52. Poblete M. El Portafolio del Estudiante. Utilización del Portafolio como herramienta de aprendizaje y como estrategia alternativa de evaluación. In: Universidad de Deusto, editor. ad: Buenas Prácticas Pedagógicas en la Docencia Universitaria. Bilbao; 2005. p. I Jornada.
53. Poblete M, García A. Análisis y Evaluación del Trabajo en Equipo del alumnado universitario. Propuesta de un modelo de Evaluación de Desarrollo del Equipo. In: En III Symposium Iberoamericano de Docencia Universitaria. Bilbao; 2004.
54. Villa A, Poblete M. Evaluación de competencias genéricas: principios, oportunidades y mejoras. Bordón Rev Pedagog. 2011;63(1):147–70.
55. Lasater K. Clinical judgement development: Using simulation to create ab assessment rubric. J Nurs Educ. 2007;46(11):496–503.
56. Vera L. Medición, 'Assessment', y evaluación del aprendizaje. 5ª. Hato Rey: Publicaciones Puertorriqueñas; 2011. 16–101 p.
57. Covacevich C. Cómo seleccionar un instrumento para evaluar aprendizajes estudiantiles [Internet]. 2014. 3–16 p. Available from: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6758/Cómo-seleccionar-un-instrumento-para-evaluar-aprendizajes-estudiantiles.pdf>
58. Truemper C. Using Scoring Rubrics to Facilitate Assessment and Evaluation of Graduate-Level Nursing Students. J Nurs Educ. 2004;43(12):562–4.
59. Fawcett J. Analysis and Evaluation of Nursing Theories. In: Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. Philadelphia: Davis; 2013. p. Cap. 3.
60. Gastmans C. Interpersonal relation in nursing: a philosophical-ethical analysis of



- the work of Hildegard E. Peplau. *J Adv Nurs*. 1997;28(6):1312–9.
61. Salazar A, Martínez C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Rev Av Enfermería*. 2008;XXVI(2):107–15.
  62. Sieloff C, Messmer P. Imogene M. King: Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos. In: Raile M, Marriner A, editors. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª. ElSevier España; 2011. p. 286–308.
  63. Paterson J, Zderad L. *Humanistic nursing*. New York: New York: National League for Nursing; 1976. 3–47 p.
  64. Lindström UL, Lindholm L, Zetterlund J. Katie Eriksson: Teoría del cuidado caritativo. In: Raile M, Marriner A, editors. *Modelos y teorías en enfermería*. ElSevier España; 2011. p. 167–90.
  65. Watson Caring Science Institute. *Watson Caring Science Institute* [Internet]. [cited 2017 Dec 14]. Available from: <https://www.watsoncaringscience.org/>
  66. Watson J. *Nursing: Human science and human caring*. 1st ed. New York: National League for Nursing: Connecticut: Appleton-Century-Crofts; 1988.
  67. Maslow A. A Theory of Human Motivation. *Psychol Reveiw*. 1943;50:370–96.
  68. Villegas M. La psicología humanista: historia, concepto y método. *Anu Psicol la Fac Psicol la Univ Barcelona*. 1986;34.
  69. Bueno N. El futuro y la angustia. *Rev Int Filos*. 2010;3:225–30.
  70. García J. A.N. Whitehead: Proceso y Realidad. *Rev Nac Cult*. 1956;117–118:169–70.
  71. de Chardin P. *The Phenomenon of Man*. UK: William Collins; 1959. 29-39;147-162 p.
  72. Yalom I. *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder; 1984.
  73. Leask I. Levinas and the Wisdom of Love: The Question of Invisibility. *Irish Theol Q* [Internet]. 2008;73(1–2). Available from: <https://doi.org/10.1177/00211400080730011202>
  74. Watson J. *Nursing: The phylosophy and Science of Caring*. Boulder: University Press of Colorado; 2008. 15–50 p.
  75. Watson J. New dimensions of human caring theory. *Nurs Sci Q*. 1988;1(4):175–81.
  76. Urra E, Jana A, García V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc y Enfermería*. 2011;7(3):11–22.
  77. Cibanal J. *Interrelación del profesional de enfermería con el paciente*. Barcelona: Doyma; 1991. 130–165 p.
  78. Hagerty B, Patusky K. Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(2):145–50.
  79. Olshansky E. What do we mean by compassion and caring in nursing and why

- does it matter anyway? *J Prof Nurs.* 2007;23:247–8.
80. Alfaro R. *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración.* 5ª. Barcelona: Masson; 2003.
  81. Shattell M. Nurse-patient interaction: a review of literature. *J Clin Nurs.* 2004;13:714–22.
  82. Raile M. *Introduction to Nursing Theory: its history and significance.* In: Raile M, editor. *Nursing Theorists and Their Workork.* 9th ed. St. Louis-Missouri: Elsevier; 2018. p. 2–11.
  83. Fernandez C, Navarro M, Luis M. *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.* 3ª. Mason; 2005. 3–16 p.
  84. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Rev Enfermería Univ.* 2015;12(3):134–43.
  85. Muñoz A, y cols. La Relación de ayuda en Enfermería. *Rev Index Enfermería.* 2014;23(4):229–34.
  86. Olson J. Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress. *Image J Nurs Scholarsh.* 1995;27(4):317–22.
  87. Schwartz-Barcott D, Fortin J, Kim H. Client-nurse interaction: testing for its impact in preoperative instruction. *Int J Nurs Stud.* 1994;31(1):23–35.
  88. Finke E, Light J, Kitko L. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of argumentative and alternative communication. *J Clin Nurs.* 2008;17(16):2012–115.
  89. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs.* 2004;13(1):41–9.
  90. Beltrán O. La práctica de enfermería en cuidado intensivo [Internet]. Vol. 8, *Revista Aquichán.* 2008 [cited 2017 Dec 27]. p. 50–63. Available from: <http://bit.ly/Kth21K>
  91. Müggenburg C, Riveros A. Interacción enfermera paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario, Parte I. *Rev Enfermería Univ.* 2012;9(1):36–44.
  92. Baer L, Weinstein E. Improving oncology nurses' communication skills for difficult conversations. *Clin J Oncol Nurs.* 2013;17(3):45–51.
  93. Ellington L, Reblin M, Clayton M, et al. Hospice nurse communication with patients with cancer and their family caregivers. *J Palliat Med.* 2012;15(3):262–8.
  94. De Andrade C, da Costa S, Lopes M. Palliative care communication as a strategy of care for the terminal patient. *Cienc y Saude Coletiva.* 2013;18(9):2523–30.
  95. De Almeida I, da Silva R, Bonfim I, et al. Nursing communication in nursing care to mastectomized woman: A grounded theory study. *Rev Latino-Americana Enferm.* 2010;18(1):54–60.
  96. Koivisto K, Janhonen S, Väisänen L. Patient's experiences of being helped in an inpatient setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004;11:268–75.
  97. Negarandeh R, Hooshmand A, Aliheydari J. Impact of regular nursing rounds on

- patient satisfaction with nursing care. *Asiana Nurs Res.* 2014;8:282–5.
98. Falcó A. Análisis de la conflictividad ética en profesionales de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. Universidad de Barcelona. Universidad de Barcelona; 2012.
  99. Watson J. Background and selection of caring instruments. In: Watson J, editor. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2009.
  100. Watson J. Summary of each instrument for measuring caring. In: Jean Watson, editor. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2009. p. 25–259.
  101. Cossette S, Cote J, Pepin J, Ricard N, D'Aoust L. A dimensional structure of nurse-patient interactions from caring perspective: refinement of Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale). *J Adv Nurs.* 2006;55(2):198–214.
  102. Watson J. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. 2ª. New York: Springer Publishing Company; 2009.
  103. Poblete M, Valenzuela V, Merino J. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la teoría de Jean Watson. *Rev Aquichán.* 2012;12(1):8–21.
  104. López V, y cols. Valoración del componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera en Atención Primaria. El cuestionario GATHA-ENFERMERÍA. *Rev Index Enfermería.* 208AD;17(3).
  105. Prados J, Borrell F, Bosch J, Cebriá J, Pérez J, Alonso S. Cuestionario GATHA base. Valoración de la comunicación desarrollada por un profesional durante el proceso asistencial. *Atención Primaria. Supl 1*:246–7.
  106. González Y. Instrumento Cuidado de comportamiento profesional: validez y confiabilidad. *Rev Aquichán.* 2008;8(2):170–82.
  107. Horner S. Información sobre la validez y confiabilidad del instrumento de comportamiento de cuidado profesional. Datos no publicados.
  108. Lagunes R, Hernández M. Escala de evaluación de la conducta ética del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes. *Rev Aquichán.* 2012;12(3):252–62.
  109. Ferreira M, Tavares J, Duarte J. Competências relacionais de ajuda nos Estudantes de Enfermagem. *Rev Ref.* 2006;2ª serie(2):51–62.
  110. Klakovich M, de la Cruz F. Validating the interpersonal communication assessment scale. *J Prof Nurs.* 2006;22(1):60–7.
  111. Cossette S, Cara C, Ricard N, Pepin J. Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of a development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. *Int J Nurs Stud.* 2005;42:673–86.
  112. Felsman N M, Andruszkiewicz A, Kosobucka A. The adaptation of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-70) to Polish conditions on the basis of nursing students self-assessment of their caring competencies. *Med Biol Sci.* 2015;29(2):47–55.

113. Suikkala A, Leino-Kilpi H, Katajisko J. Factors related to the nursing student–patient relationship: The students’ perspective. *Nurse Educ Today*. 2008;28:539–49.
114. Dias E, Santana L, Oliveira E. Nursing professional education: implications of education for Transpersonal Care. *Rev Latino-Americana Enferm*. 2011;19(2):252–60.
115. Lin P. Development and Psychometric Evaluation of the Nurse’s Perception of the Relationship Based Care Environment Scale. Boston College; 2017.
116. Boston College. Boston College - Connel School of Nursing [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 5]. Available from: <https://www.bc.edu/bc-web/schools/cson/academics/doctoral-program.html>
117. Bandura A. Social learning theory. In: Wolman B, Pomroy L, editors. *International encyclopedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis, and neurology*. New York: Van Nostrand Reinhold; 1977.
118. Argyle M, Kendon A. The experimental analysis of social performance. *Adv Exp Soc Psychol*. 1967;3:55–98.
119. Argimón J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ª. ElSevier, editor. España; 2012.
120. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud [Internet]. [cited 2017 Aug 1]. Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/default.asp>
121. McCallum R, Widaman C, Keith F, Zhang S, Hong S. Sample size in factor analysis. *Psychol Methods*. 1999;41(Mar):84–99.
122. Guaygua M y Roth E. Desarrollo y adaptación del Inventario de Situaciones Sociales (ISS): Validación factorial, de criterio y cálculo de confiabilidad. *Rev AJAYU la Univ Católica San Pablo Bolív*. 2008;20(5):13–8.
123. Morales P. Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid; 2011.
124. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Marco Común Europeo de referencia para las lenguas: aprendizaje, enseñanza y evaluación. Madrid; 2002.
125. Chacón S, Pérez J. Evaluación de la calidad universitaria: validez de contenido. *Psycothema*. 2001;13(2):294–301.
126. Porcel A, Martínez C, Gil E, Gra A. Construcción y validación del cuestionario G\_Clinic para medir la satisfacción laboral en profesionales de enfermería en las unidades de gestión clínica. *Rev Esp Salud Publica*. 3(88):419–28.
127. Hertzog M. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Res Nurs Heal*. 2008;31:180–91.
128. González MJ. Fundamentos Teórico-Práctico de la Enfermería de Cuidados peri-operatorios. ENFOS Ediciones; 2000.
129. González MJ y Valderrama E. La práctica de un modelo es una práctica con valores. Asociación Española de Enfermería Docente; 2001.

130. Valderrama E, González M, Fernández J. El Conocimiento teórico como soporte en la práctica clínica. Asociación Española de Enfermería Docente; 2003.
131. Marriner A y Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6ª. Madrid: ElSevier-Mosby; 2007.
132. Franco M y Vivo JM. Análisis de Curvas ROC. Madrid: La Muralla S.A.; 2007.
133. Poblete M, Valenzuela S, Merino J. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la teoría de Jean Watson. *Rev Aquichán*. 12(1):8–21.
134. Microsoft Company. Microsoft Office. Redmond, Washington, Estados Unidos; 2010.
135. World Medical Assembly. Declaration of Helsinki. Geneva, Switzerland; 1964.
136. IBM Corporation. IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, New York; 2013.
137. Arbuckle J. AMOS [Computer Program]. Chicago, Estados Unidos; 2014.
138. Ringle C, Wende S, Becker J. Smartpls 3 [Internet]. Germany; 2014. Available from: <http://www.smartpls.com>
139. Pardo A, Ruiz M. SPSS 13. Guía para el Análisis de Datos. 2a ed. España: McGraw Hill; 2002.
140. Lilliefors H. On the Kolmogorov–Smirnov test for normality with mean and variance unknown. *J Am Stat Assoc*. 1967;62:399–402.
141. Damián S, Lozano E. Q-Q Plot Normal. Los puntos de posición gráfica. *Rev Iniciación a la Investig la Univ Jaén*. 2007;2:a9.
142. García J, López J, Jiménez F, cols. Metodología de la Investigación , Bioestadística y Bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2a ed. McGrawHill Interamericana Editores S.A, editor. Hospital General de México; 2014.
143. Méndez C, Rondón M. Introducción al análisis factorial exploratorio. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2012;41(1).
144. Barrett P. Structural equation modeling: Adjudging model fit. *Pers Individ Dif*. 2006;42:815–24.
145. Wold H. Model construction and evaluation when theoretical knowledge is scarce: An example of the use of partial least squares. In: an Kmenta and James B. Ramsey eds, editor. *Evaluation of Econometric Models* [Internet]. Ginebra: Academic Press; 1980. p. 47–74. Available from: <http://www.nber.org/chapters/c11693>
146. Chin W, Marcolin B, Newsted P. Partial Least Squares Latent Variable Modeling Approach for Measuring Interaction Effects: Results from a Monte Carlo Simulation Study and an Electronic-Mail Emotion/Adoption Study. *Inf Syst Res*. 2003;14(2):189–217.
147. Barclay D, Higgins C, Thompson R. The partial least squares (PLS) approach to causal modelling: Personal computer adoption and use as an illustration. *Technol Sutudies*. 1995;2(2):285–309.

148. Dijkstra T, Henseler J. Consistent and asymptotically normal PLS estimators for linear structural equations. *Comput Stat Data Anal.* 2015;81(1):10–23.
149. Fornell C, Bookstein F. Two Structural Equation Models: LISREL and PLS Applied to Consumer Exit-Voice Theory. *J Mark Res.* 1982;19(4):440–52.
150. Hu L, Bentler P. Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Struct Equ Model.* 1999;6(1):1–55.
151. Hair H, Hult M, Ringle C, Sarstedt M, Castillo J, Cepeda G, et al. *Manual de Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. 2nd ed. Omnia Science; 2019.
152. Fornell C, Larcker D. Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error. *J Mark Res.* 1981;18:39–50.
153. Henseler J, Ringle C, Sarstedt M. A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *J Acad Mark Sci.* 2015;43(1):115–35.
154. Henseler J, Hubona G, Ray P. Using PLS path modeling in new technology research: updated guidelines. *Ind Manag Data Syst.* 2016;116(1):2–20.
155. Ringle C, Wende S, Will A. *Smart PLS 2.0 M3; Next generation path modeling software*. Hamburgo: Hamburg University; 2005.
156. Hair J, Ringle C, Sarstedt M. PLS–SEM: Indeed a silver bullet. *J Mark Theory Pract.* 2011;19(2):139–51.
157. Monge C, Cruz J, López F. Uso de ecuaciones estructurales en áreas de manufactura y mejora continua. El caso de plantas de manufactura de Apodaca, México. *Mercados y Negocios.* 2014;15(1):21–34.
158. Nyberg J. The Effects of Care and Economics on Nursing Practice. *J Nurs Adm.* 1990;20(5):13–8.
159. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 4a, editor. Boston: Allyn & Bacon; 2003.
160. Mokkink L, Terwee C, Patrick L, Alonso J, Stratford P, Knol D, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Live Res.* 2010;19:539–49.
161. Cossette S, Côté J, Pepin J y cols. A dimensional structure of nurse-patient interaction from caring perspective: Refinement of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI - Short Scale). *J Adv Nurs.* 2006;55:198–214.
162. Hair J, Hult T, Ringle C, Sarstedt M. *A primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. California: Sage; 2014.
163. Webster A. *Estadística aplicada a los negocios y a la economía*. 3a ed. Colombia: McGraw-Hill; 2000.
164. Ayala F. *La naturaleza inacabada*. Barcelona: Salvat Editores S.A. Biblioteca Científica Salvat; 1989.

165. Ministerio de Educación C y D del G de E. ORDEN CIN/2134/2008 3 julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero/a. BOE n° 174 19 Julio de 2008. 2008.



## 10. ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

---

### 10.1. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Competencias genéricas según el Libro Blanco de Enfermería (ANECA).....	6
Tabla 2: Distribución del plan del Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla ...	8
Tabla 3: Ejemplo de rúbrica de evaluación .....	11
Tabla 4: Intervenciones de la clasificación NIC (campo conductual) que participan en la relación enfermera-paciente .....	29
Tabla 5: Resultados de la clasificación NOC que miden la existencia de la relación enfermera-paciente .....	31
Tabla 6: Principales cuestionarios relacionados con la medición de la relación enfermera-paciente .....	34
Tabla 7: Número de estudiantes matriculados en 4º curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla.....	44
Tabla 8: Variables del estudio .....	46
Tabla 9: Desarrollo y cronograma de la recogida de datos .....	51
Tabla 10: Consenso del panel de expertos respecto a la traducción de ítems o secciones del cuestionario original .....	63
Tabla 11: Consenso del panel de expertos respecto a la traducción del nombre de los Factores de Cuidado .....	65
Tabla 12: Perfil de la muestra del estudio piloto .....	65
Tabla 13: Análisis estadístico bi-variado del estudio piloto (I).....	66
Tabla 14: Análisis estadístico bi-variado del estudio piloto (II) .....	66
Tabla 15: Análisis factorial exploratorio de la versión pilotada.....	67
Tabla 16: Valores de $\alpha$ Cronbach para cada factor extraído (estudio piloto).....	68
Tabla 17: Ítems originales del Factor de Cuidado nº 1 eliminados y su representación en otros ítems de la versión reducida por AFE en el estudio piloto.....	68
Tabla 18: Ítems originales del Factor de Cuidado nº 4 eliminados y su representación en otros ítems de la versión reducida por AFE en el estudio piloto.....	69
Tabla 19: Perfil general del estudio de campo .....	69
Tabla 20: Análisis factorial exploratorio de la versión traducida al español de 26 ítems .....	70
Tabla 21: Resultados de fiabilidad para cada factor extraído (estudio de campo) .....	70
Tabla 22: Resultados de los parámetros de bondad de ajuste con AMOS© .....	71
Tabla 23: Coeficientes “path” o senderos entre constructos .....	74



Tabla 24: Cargas factoriales de cada ítems con su constructo .....	74
Tabla 25: Resultados R cuadrado para cada constructo con intervalos de confianza ....	75
Tabla 26: Resultados tamaño del efecto o $F^2$ entre constructos con intervalos de confianza.....	75
Tabla 27: Resultados cálculos de la fiabilidad y la validez de constructo .....	75
Tabla 28: Valores de varianza extraída media (AVE) con intervalos de confianza.....	76
Tabla 29: Valores de fiabilidad compuesta con intervalos de confianza .....	76
Tabla 30: Resultados del estudio de multi-colinealidad mediante el factor de inflación de la varianza (VIF).....	77
Tabla 31: Resultados de validez discriminante mediante criterio HTMT con intervalos de confianza.....	77
Tabla 32: Resultados del ajuste del modelo con SmartPLS© .....	78
Tabla 33: Resultados de relevancia predictiva del modelo estimado .....	78
Tabla 34: Resultados del ajuste del modelo de 4 factores mediante AMOS©.....	80
Tabla 35: Relación entre los constructos y los Factores del Cuidado de Jean Watson..	82
Tabla 36: Relación final entre los ítems del cuestionario NIC_CA y los Factores de Cuidado de Jean Watson, aportada por la Dra. Jean Watson .....	83
Tabla 37: Estudio descriptivo de la variable escala del cuestionario NIC_CA.....	84
Tabla 38: Media y mediana obtenidas en el cuestionario NIC_CA según la variable edad .....	85
Tabla 39: Resultado pruebas de normalidad para la distribución de la variable de escala NIC_CA y la variable edad .....	86
Tabla 40: Resultados ANOVA de un factor para la variable edad respecto a la variable de escala.....	86
Tabla 41: Media de las puntuaciones en el cuestionario NIC_CA según Unidad Docente (UD).....	86
Tabla 42: Resultado pruebas de normalidad para la distribución de la variable de escala NIC_CA y la variable unidad docente.....	87
Tabla 43: Media de las puntuaciones en el cuestionario NIC_CA según centro adscrito .....	87
Tabla 44: Resultado pruebas de normalidad para la distribución de la variable de escala NIC_CA respecto a la variable centro adscrito .....	87
Tabla 45: Resultados estadísticos post-hoc para la variable centro adscrito respecto a la variable de escala.....	88

Tabla 46: Resultado pruebas de normalidad para la distribución de la variable de la NIC_CA respecto a la variable “CFGM”	esca 89
Tabla 47: Resultados prueba de homogeneidad de varianzas y T-Student entre la variable de escala y la variable “CFGM”	89
Tabla 48: Resultado pruebas de normalidad para la distribución de la variable de escala NIC_CA respecto a la variable de formación Universitaria previa	90
Tabla 49: Resultados prueba de homogeneidad de varianzas y T-Student entre la variable de escala y la variable de formación Universitaria previa	90
Tabla 50: Estudio descriptivo uni-variado de la variable de escala del cuestionario NCA	91
Tabla 51: Equivalencia semántica entre ítems del NCA y del NIC_CA	92
Tabla 52: Valor de la mediana y percentiles para el cuestionario NIC_CA	93
Tabla 53: Valor de los cuartiles para el cuestionario NIC_CA	93
Tabla 54: Resultados T-Student entre el nivel bajo y el nivel medio	95
Tabla 55: Resultados T-Student entre el nivel bajo y el nivel alto	96
Tabla 56: Resultados T-Student entre el nivel medio y el nivel alto	96
Tabla 57: Estudio descriptivo de la variable de escala del cuestionario ISS	97
Tabla 58: Índices de correlación entre las variable de escala NIC_CA e ISS	97
Tabla 59: Relación de los ítems del cuestionario NIC_CA y elementos conceptuales de la relación enfermera-paciente	106

## 10.2. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Etapas de la investigación .....	47
Figura 2 Etapas del proceso de adaptación del cuestionario del inglés al español.....	48
Figura 3: Cronograma de las etapas de la investigación .....	51
Figura 4: Estructura factorial (AFE) del estudio piloto.....	67
Figura 5: Diseño del modelo mediante AMOS© .....	71
Figura 6: Diseño de “senderos” o relaciones entre constructos.....	73
Figura 7: Diseño del modelo interno y del modelo externo .....	73
Figura 8: Modelo estructural final con el método matemático PLS.....	79
Figura 9: Diseño del modelo final con 4 factores mediante AMOS© .....	80
Figura 10: Relación visual entre el modelo interno del cuestionario y una pirámide con sus eslabones .....	101
Figura 11: Relación entre el modelo interno del cuestionario y la teoría de la Pirámide de Maslow. ....	101

### 10.3. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Histograma con curva normal para el cuestionario NIC_CA .....	84
Gráfico 2: Gráfico Q-Q con la distribución de datos del estudio de campo.....	85
Gráfico 3: Puntuaciones medias del cuestionario NIC_CA según la variable centro ....	89
Gráfico 4: Gráfico de dispersión con las puntuaciones al cuestionario NIC_CA y al cuestionario NCA .....	92
Gráfico 5: Diagrama de cajas y bigotes para la distribución de puntuaciones .....	94
Gráfico 6: Diagrama de cajas y bigotes para los tramos de puntuaciones .....	95
Gráfico 7: Dispersión de puntos respecto a la puntuación en los cuestionarios ISS y NIC_CA.....	98

## 11. ANEXOS

---

### ANEXO 1: Permiso de la Dra. Cossette para el uso del cuestionario “Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI)” y Versión original del cuestionario



Montreal, January 28th 2015

Mrs. Regina Allande Cusso  
Associate Professor  
Faculty of Nursing  
University of Seville, Spain

Mrs. Allande Cusso,

Thank you for your interest in our work. It is my pleasure to give you an official permission to use the CNPI scale in your doctoral study.

Sincerely,



Sylvie Cossette, inf., PhD  
Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut de cardiologie de Montréal  
Co-directrice, Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)

## **Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 70-item Version – Nurse (CNPI-70N)**

### STATEMENT:

How competent or at ease do you feel about the attitudes and behaviours enumerated in each of the following statements?

### RATING SCALE:

Not at all 1

A little 2

Moderately 3

A lot 4

Extremely 5

### **1 – Humanism: Formation of a humanistic-altruistic system of values**

- 1 Consider them as complete individuals, show that I was interested in more than their health problem.
- 2 Try to see things from their point of view
- 3 Accept them as they are without prejudice
- 4 Show them respect as well as to those closest to them
- 5 Do not have a scandalized attitude
- 6 Be humane and warm with them and those closest to them

### **2 – Hope: Instillation of faith-hope**

- 7 Show that I will be there for them if they need me
- 8 Encourage them to have confidence in themselves
- 9 Draw their attention to positive aspects concerning them and their state of health
- 10 Emphasize their efforts
- 11 Encourage them to be hopeful, when it is appropriate
- 12 Help them to find motivation to improve their state of health
- 13 Take into account what they know about their health situation

### **3 – Sensibility: Cultivation of sensitivity to one's self and to others**

- 14 Ask them how they would like things to be done
- 15 Show awareness of their feelings and of those closest to them
- 16 Know how to choose the right moment to discuss with them their condition and the steps to come
- 17 Know how to express in an appropriate fashion my feelings toward their situation
- 18 Make them aware of the way those closest to them are experiencing their situation
- 19 Keep those closest to them up to date about their state of health (with their agreement)

### **4 – Helping Relationship: Development of a helping-trusting, human caring relationship**

- 20 Listen to them attentively when they speak, as well as those closest to them
- 21 Introduce myself by stating clearly my name and function
- 22 Answer as soon as it is convenient when they call me
- 23 Respect my engagements, that is to say, do what I said I would do

- 24 Do not seem busy or otherwise occupied when I am taking care of them
- 25 Do not cut them off when they speak
- 26 Do not confront too harshly their ideas and behaviour

**5 – Expression of Emotions: Promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings**

- 27 Encourage them to speak their thoughts and feelings freely
- 28 Keep calm when they are angry
- 29 Help them to understand the emotions they feel in their situation
- 30 Not reduce my presence when they have difficult moments
- 31 Help them to channel their difficult emotions
- 32 Let them express their pain, their sadness, their fears, etc.

**6 – Problem-solving: Systematic use of a creative problem-solving caring process**

- 33 Help them to set realistic objectives that take their health condition into account
- 34 Help them to cope with the stress generated by their condition or general situation
- 35 Help them to see things from a different point of view
- 36 Help them to recognize the means to efficiently resolve their problems
- 37 Try to identify with them the consequences of their behaviour
- 38 Inform them and those closest to them about the resources adapted to their needs (e.g., community health centres, etc.)

**7 – Teaching: Promotion of transpersonal teaching-learning**

- 39 Help them to identify, formulate and ask questions about their illness and its treatment
- 40 Check if they and those closest to them had properly understood the explanations given
- 41 Give them the necessary information or make it available so they can make informed decisions
- 42 Explain to them the care or treatments beforehand
- 43 Not use terms or a language that they or those closest to them did not understand
- 44 Provide them with the opportunity to practice self-administered care
- 45 Respect their pace when giving them information or answering their questions
- 46 Teach them how to schedule and prepare their medications
- 47 Give them indications and means to treat or prevent certain side effects of their medications or treatments

**8 – Environment: Provision for a supportive, protective and/or corrective mental, physical, societal and spiritual environment**

- 48 Understand when they need to be alone
- 49 Help them to be comfortable (e.g., offer them back rubs, help them to change positions, adjust the lighting, suggest special equipment, etc.).
- 50 Put the room back in order after having taken care of them
- 51 Check if their medications soothe their symptoms (e.g., nausea, pain, constipation, anxiety, etc)
- 52 Respect their privacy (e.g., do not expose them needlessly)

- 53 Before leaving, check if they had everything they needed
- 54 Help them to clarify which things they would like significant persons to bring them

**9 – Needs: Assistance with the gratification of human needs**

- 55 Help them with the care they cannot administer themselves
- 56 Know how to give the treatments (e.g., intravenous injections, bandages, etc)
- 57 Know how to operate specialized equipment (e.g., pumps, monitors, etc)
- 58 Do treatments or give medications at the scheduled time
- 59 Encourage those closest to them to support them (with their agreement)
- 60 Closely monitor their health condition
- 61 Help them to feel that they had a certain control over their situation
- 62 Know what to do in situations where one must act quickly
- 63 Show ability and skill in my way of intervening with them
- 64 Take their basic needs into account (e.g., sleeping, hygiene, etc.)

**10 – Spirituality: Allowance for existential-phenomenological-spiritual forces**

- 65 Help them to feel well in their condition
- 66 Recognize that prayer, meditation or other means can help appease them and give them hope
- 67 Help them to explore what is important in their life
- 68 Help them to explore the meaning that they give to their health condition
- 69 Help them to look for a certain equilibrium/balance in their life
- 70 Take into consideration their spiritual needs (e.g., prayer, meditation, participation in certain rites, etc)



## ANEXO 2: Traducciones al español de la versión original del cuestionario

### TRADUCCIÓN A

Escala de Cuidados en las Interacciones Enfermera-Paciente: Versión Enfermera (CNPI-70N)  
de 70 puntos

ENUNCIADO:

¿En qué medida te sientes competente o cómoda con las actitudes y comportamientos enumerados en cada uno de los siguientes enunciados?

ESCALA DE VALORACIÓN:

Nada en absoluto 1

Poco 2

Bastante 3

Mucho 4

Extremadamente 5

1- Humanismo: Formación en un sistema de valores humanístico-altruista

- 1 Los consideras como individuos completos, y muestras interés más allá de sus problemas de salud.
- 2 Intentas ver las cosas desde su punto de vista
- 3 Los aceptas como son, sin perjuicio
- 4 Demuestras respeto hacia ellos y sus allegados
- 5 No tienes una actitud escandalizada
- 6 Eres humana y cálida con ellos y sus allegados

2- Esperanza: Instilación de fe-esperanza

- 7 Demuestras que si te necesitan estarás allí
- 8 Les animas a tener confianza en sí mismos
- 9 Diriges su atención a sus aspectos positivos y de su estado de salud
- 10 Enfatizas sus esfuerzos
- 11 Les animas a tener esperanza, cuando es apropiado
- 12 Les ayudas a encontrar motivación para mejorar su estado de salud
- 13 Tienes en cuenta lo que ellos saben sobre su estado de salud.

3- Sensibilidad: Cultivo de la sensibilidad de uno mismo y de los demás

- 14 Les pides cómo les gustaría que se hicieran las cosas
- 15 Les demuestras conocimiento de sus sentimientos y de los de sus allegados
- 16 Sabes cómo elegir el momento correcto para tratar con ellos sobre su condición y los pasos a seguir
- 17 Sabes expresar de forma adecuada tus sentimientos hacia su situación
- 18 Les haces consciente a los allegados de la situación que están experimentando
- 19 Mantienes a sus allegados al día sobre su estado de salud (con su consentimiento)

4 - Relación de ayuda: Desarrollo de una relación de ayuda-confianza en el cuidado

- 20 Les escuchas atentamente, así como a sus allegados
- 21 Te presentas comunicando claramente tu nombre y función
- 22 Respondes tan pronto como sea conveniente cuando ellos te llamen
- 23 Respetas tus compromisos, es decir, haces lo que dijiste que harías
- 24 No pareces ocupada o atareada en otra cosa cuando los estas cuidando
- 25 No los interrumpes cuando hablan

26 No discutes sus ideas o comportamientos con brusquedad

5 - Expresión de las emociones: Fomento y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos

27 Les animas a hablar de sus pensamientos y sentimientos libremente

28 Les calmas cuando estén enfadados

29 Les ayudas a entender las emociones que sienten en su situación

30 No reduces tu presencia en sus momentos difíciles

31 Les ayudas a canalizar sus emociones difíciles

32 Les permites que expresen su dolor, tristeza, miedos, etc.

6- Resolución de problemas: Uso sistemático de una resolución de problemas creativa en el proceso de cuidados

33 Les ayudas a plantear objetivos realistas teniendo en cuenta su estado de salud

34 Les ayudas a tratar con el estrés generado por su condición o por la situación general

35 Les ayudas a ver las cosas desde un punto de vista diferente

36 Les ayudas a reconocer los medios para resolver sus problemas más eficientemente

37 Tratas de identificar con ellos las consecuencias de su comportamiento

38 Informas tanto a ellos como a sus allegados sobre los recursos adaptados a sus necesidades (e.g., centros de salud comunitaria, etc)

7- Enseñanza: Promoción de enseñanza-aprendizaje transpersonal

39 Les ayudas a identificar, formular y preguntar sobre su enfermedad y su tratamiento

40 Compruebas si ellos y sus allegados han comprendido adecuadamente las explicaciones dadas

41 Les das la información necesaria o la haces disponible para que puedan tomar decisiones informadas

42 Les explicas los cuidados y tratamientos de antemano

43 No usas términos o lenguaje que ellos o sus allegados no entienden

44 Les das la oportunidad de practicar el cuidado auto-administrado

45 Respetas su ritmo cuando se les facilita información o se responde a sus preguntas

46 Les enseñas como programar y preparar sus medicamentos

47 Les das indicaciones y medios para tratar o prevenir efectos secundarios de sus medicamentos o tratamientos

8 - Ambiente: Provisión para un ambiente de apoyo, protector y/o de corrección mental, física, social y espiritual.

48 Comprendes cuando necesitan estar solos

49 Les ayudas a estar cómodos (e.g. les ofreces apoyo para la espalda, cambiar de posición, ajustar la luz, sugerir un equipo especial, etc).

50 Vuelves a ordenar la habitación después de realizar los cuidados

51 Compruebas si sus medicamentos alivian sus síntomas (e.g., nausea, dolor, constipado, ansiedad, etc)

52 Respetas su privacidad (e.g., no los expones innecesariamente)

53 Antes de dejarlos, compruebas que tienen todo lo que necesitan

54 Les ayudas a clarificar que cosas les gustaría que le trajesen sus allegados

9 - Necesidades: Ayuda con la satisfacción de las necesidades humanas

55 Les ayudas con el cuidado que no se pueden administrar a sí mismos

56 Sabes cómo dar los tratamientos (e.g., inyecciones intravenosas, vendajes, etc)

57 Sabes cómo utilizar el equipo especializado (e.g., bombas, monitores, etc)

58 Haces los tratamientos o das los medicamentos a la hora programada

- 59 Animas a los allegados a que les apoyen (con su consentimiento)
- 60 Monitorizas su estado de salud
- 61 Les ayudas a sentir que ellos tienen un cierto control sobre su situación
- 62 Sabes qué hacer en situaciones donde se debe actuar rápidamente
- 63 Muestras habilidad y pericia en la forma de intervenir con ellos
- 64 Tienes en cuenta sus necesidades básicas (e.g., sueño, higiene, etc)

10- Espiritualidad: Tolerancia hacia las distintas fuerzas existenciales-fenomenológicas y espirituales

- 65 Les ayudas a sentirse bien en su condición
- 66 Reconoces que la oración, la meditación u otros medios pueden ayudar a calmarles y darles esperanza
- 67 Les ayudas a averiguar lo que es importante en su vida
- 68 Les ayudas a averiguar el significado que dan a su estado de salud
- 69 Les ayudas a buscar un cierto equilibrio en su vida
- 70 Tienes en cuenta sus necesidades espirituales (e.g., oración, meditación, participación en ciertos ritos, etc)

## **TRADUCCIÓN B**

Escala de Interacciones en el cuidado Enfermera – Paciente: versión 70 puntos a tratar (o ítems)  
– Enfermería (CNPI-70N)

ENUNCIADO:

¿Cómo de competente o a gusto se siente con respecto a las actitudes y comportamientos enumerados en cada una de las siguientes declaraciones?

ESCALA DE EVALUACIÓN:

Nada: 1

Un poco: 2

Moderadamente: 3

Mucho: 4

Extremadamente: 5

1- Humanismo: Formación de un sistema humanista-altruista de valores

1. Considerarlos como individuos completos, muestra que estuve interesado/a en algo más que en sus problemas de salud.
2. Intentar ver las cosas desde su punto de vista.
3. Aceptarlos tal y como son, sin prejuicios.
4. Mostrarles respeto, así como a los que están a su alrededor.
5. No tener una actitud escandalizada.
6. Ser humano y afable con ellos y con los que los rodean.

2- Esperanza: La instilación de esperanza de Fe

7. Mostrar que estaré allí para ellos si me necesitan
8. Animarlos a tener confianza en ellos mismos
9. Llamar su atención hacia aspectos positivos sobre ellos y su estado de salud
10. Acentuar sus esfuerzos
11. Animarlos a ser optimistas, cuando sea apropiado
12. Ayudarlos a encontrar motivación para mejorar su estado de salud.
13. Tener en cuenta lo que ellos saben sobre su situación de salud.

3- Sensibilidad: El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.

14. Preguntarles como les gustaría que las cosas fueran hechas
15. Mostrar conciencia de sus sentimientos y de las personas más cercanas a ellos
16. Saber elegir el momento correcto para debatir con ellos su estado y los pasos a seguir.
17. Saber cómo expresar de forma apropiada mis sentimientos hacia su situación.
18. Hacerles conscientes de la forma en la que los que están a su lado viven su situación.
19. Mantener actualizados a las personas más cercanas sobre su estado de salud (con su conformidad)

4- Relación de ayuda: desarrollo de ayuda-confianza, relación del cuidado humano

20. Escucharlos atentamente cuando hablan, así como a los que están cerca de ellos
21. Presentarme diciendo claramente mi nombre y función
22. Responder tan pronto como sea conveniente cuando me llamen
23. Respetar mis compromisos, es decir, hacer lo que dije que haría
24. No parecer atareado u ocupado cuando estoy cuidando de ellos
25. No interrumpirlos cuando hablen
26. No confrontar con demasiada dureza sus ideas y comportamiento

5- Expresión de emociones: promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos

27. Animarlos a hablar de sus pensamientos y sentimientos libremente
  28. Permaneces tranquilo cuando ellos están enfadados
  29. Ayudarlos a entender las emociones que sienten en su situación
  30. No reducir mi presencia cuando tienen momentos difíciles
  31. Ayudarlos a canalizar sus emociones difíciles
  32. Dejarlos expresar su dolor, su tristeza, sus miedos, etc
- 6- Resolución de problemas: uso sistemático de un proceso creativo para la resolución de problemas en el cuidado
33. Ayudarlos a poner objetivos realistas que tengan en cuenta su condición de salud
  34. Ayudarles a hacer frente al estrés generado por su condición o situación general
  35. Ayudarles a ver las cosas desde un punto de vista diferente
  36. Ayudarles a reconocer los medios para resolver eficazmente sus problemas
  37. Tratar de identificar con ellos las consecuencias de su comportamiento
  38. Informarles a ellos y a los que están cerca de ellos acerca de los recursos adaptados a sus necesidades (ej: centros de salud comunitarios, etc)
- 7- Enseñanza: Promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal
39. Ayudarles a identificar, formular y hacer preguntas sobre su enfermedad y su tratamiento
  40. Comprobar si ellos y aquellas personas cercanas a ellos han entendido correctamente las explicaciones dadas
  41. Darles la información necesaria o hacerla disponible para que ellos puedan tomar decisiones informadas
  42. Explicarles el cuidado o tratamientos de antemano
  43. No usar términos o un lenguaje que ellos o las personas cercanas a ellos no entendieran
  44. Proveerles con la oportunidad de practicar el autocuidado
  45. Respetar su ritmo dando información o respondiendo a sus preguntas
  46. Enseñarles cómo programar y preparar sus medicaciones
  47. Darles indicaciones y medios para tratar o prevenir ciertos efectos secundarios de sus medicaciones o tratamientos
- 8- Entorno: provisión de un ambiente de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual
48. Entender cuando necesitan estar solos
  49. Ayudarles a estar cómodos (ej, ofrecerles masajes en la espalda, ayudarles a cambiar de posición, ajustar la iluminación, recomendar equipamiento especial, etc.)
  50. Poner la habitación en orden después de realizarles los cuidados
  51. Comprobar si sus medicamentos calman sus síntomas (ej, náuseas, dolor, estreñimiento, ansiedad, etc)
  52. Respetar su privacidad (ej, no exponerlos innecesariamente)
  53. Antes de dejarles, comprueba si tuvo todo lo que necesitaba
  54. Ayudarles a clarificar qué cosas les gustaría que les trajeran personas significativas
- 9- Necesidades: ayuda con la satisfacción de las necesidades humanas
55. Ayudarles con el cuidado que ellos no pueden administrarse a si mismos
  56. Saber cómo dar los tratamientos (ej, inyecciones intravenosas, vendajes, ect)
  57. Saber cómo manejar el equipamiento especializado (ej, bombas, monitores, etc)
  58. Hacer tratamientos o dar medicamentos a la hora programada
  59. Animar a los que están más cerca de ellos a que los apoyen (con su consentimiento)
  60. Vigilar de cerca su estado de salud
  61. Ayudarles a sentir que tuvieron cierto control sobre su situación
  62. Saber qué hacer en situaciones donde hay que actuar rápidamente
  63. Demostrar habilidad y destreza en mi forma de intervenir con ellos
  64. Tener sus necesidades básicas en cuenta (ej, el dormir, higiene, etc.)

- 10- Espiritualidad: concesión para las fuerzas existencial-fenomenológicas-espirituales
- 65. Ayudarles a sentirse bien en su condición
  - 66. Reconocer que el rezo, la meditación u otros medios pueden ayudar a apaciguarles y darles esperanza
  - 67. Ayudarles a explorar qué es importante en sus vidas
  - 68. Ayudarles a explorar el significado que le dan a su condición de salud
  - 69. Ayudarles a buscar un cierto equilibrio en su vida
  - 70. Tener en cuenta sus necesidades espirituales (ej, el rezo, la meditación, participación en ciertos ritos, etc)

## TRADUCCIÓN C

Escala de interacciones y cuidados de enfermera-paciente: Versión 70 ítems – enfermería (CNPI-70N).

### RESUMEN:

¿Cómo de competente o con qué facilidad te encuentras con las actitudes y conocimientos enumerados de cada uno de los siguientes enunciados?

### ESCALA DE CLASIFICACIÓN:

No del todo → 1

Un poco → 2

Moderadamente → 3

Mucho → 4

Extremadamente → 5

1 – Humanismo: Formación de un sistema altruista-humanístico de valores.

- 1 Considerarles como individuos completos, mostrando que estaba interesado en algo más que en sus problemas de salud.
- 2 Intentar ver las cosas desde su punto de vista.
- 3 Aceptarlos tal y como son, sin prejuicios.
- 4 Mostrarles respeto tanto a ellos como a aquellos que sean cercanos a él.
- 5 No tener una actitud escandalizadora.
- 6 Ser humano y cariñoso con ellos y aquellos que sean cercanos a él.

2 – Esperanza: Instilación de la fe-esperanza.

- 7 Mostrar que estaré ahí para ellos si me necesitan.
- 8 Animarle a tener confianza en ellos mismos.
- 9 Suscitar su atención en los aspectos positivos que les conciernen y en su estado de salud.
- 10 Enfatizar sus esfuerzos.
- 11 Animarle a ser esperanzadores, cuando sea apropiado.
- 12 Ayudarle a encontrar motivación para mejorar su estado de salud.
- 13 Tener en cuenta lo que ellos saben sobre su situación de salud.

3 – Sensibilidad: Cultivar la sensibilidad de ellos mismo y de otros.

- 14 Preguntar cómo les gustaría a ellos que se hicieran las cosas.
- 15 Mostrar conocimiento de sus sentimientos a aquellos que sean cercanos a él.
- 16 Saber cómo elegir el momento adecuado para discutir con ellos sobre su condición y pasos a seguir.
- 17 Saber cómo expresar de manera apropiada mis sentimientos hacia su situación.
- 18 Hacerle dar cuenta del camino de aquellos que son más cercanos a él y que están experimentando la misma situación.
- 19 Mantenerlos cerca de ellos, para tener actualizado su estado de salud (con su consentimiento).

4 – Relaciones de ayuda: Desarrollo de una relación de ayuda-confianza y cuidados humanos:

- 20 Escucharlos atentamente cuando ellos están hablando; así como a aquellos cercanos a él.
- 21 Presentarme claramente, mi nombre y mi función.
- 22 Contestar tan pronto como sea conveniente cuando ellos me llamen.
- 23 Respetar mis compromisos; es decir, hacer lo que dije y haría.
- 24 No parecer ocupado o cansado cuando se les está administrando los cuidados.

- 25 No interrumpir cuando ellos estén hablando.
- 26 No enfrentarme severamente ante sus ideas y comportamientos.

5 – Expresión de las emociones: Promoción y aceptación de las expresiones de los sentimientos positivos y negativos.

- 27 Animarles a hablar de sus opiniones y sentimientos libremente.
- 28 Mantener la calma cuando están enfadados.
- 29 Ayudarles a entender las emociones que ellos sienten ante su situación.
- 30 No reducir mi presencia cuando ellos tienen momentos difíciles.
- 31 Ayudarle a canalizar sus emociones difíciles.
- 32 Darle expresión a su dolor, tristeza, miedos, etc.

6 – Solventar problemas: Uso sistemático de un proceso creativo para solventar los problemas durante los cuidados.

- 33 Ayudarles a marcarse objetivos realistas, teniendo en cuenta su situación de salud.
- 34 Ayudarles a sobrellevar el estrés generado debido a su condición de salud o situación general.
- 35 Ayudarles a ver las cosas desde un punto de vista diferente.
- 36 Ayudarles a admitir el significado de resolver eficientemente sus problemas.
- 37 Intentar identificar con ellos las consecuencias de sus comportamientos.
- 38 Informales a aquellos más cercanos a él sobre los recursos adaptados a sus necesidades (Por ejemplo: Centros de salud, etc.).

7 – Enseñanza: Promoción de lo transpersonal en la enseñanza y aprendizaje.

- 39 Ayudarles a identificar, formular y hacer preguntar sobre su enfermedad y su tratamiento.
- 40 Averiguar si ellos mismo o las personas más cercanas a él han entendido correctamente las explicaciones dadas.
- 41 Darles la información necesaria o hacérsela disponible para que así ellos puedan estar informados acerca de las decisiones.
- 42 Explicarles los cuidados o tratamientos de antemano.
- 43 No utilizar términos o un lenguaje que ellos o aquellos más cercanos a él no entiendan.
- 44 Darles la oportunidad de practicar y administrarse los cuidados a ellos mismos.
- 45 Respetar su ritmo le den información o este contestando a sus preguntas.
- 46 Enseñarles cómo programar y preparar su medicación.
- 47 Darles indicaciones y significado para saber tratar o prevenir los posibles efectos secundarios de sus medicaciones o tratamientos.

8 – Medio ambiente: proveer de ayuda, proteger y/o corregir el ambiente mental, físico, social y espiritual.

- 48 Entender cuando ellos necesitan estar solos.
- 49 Ayudarles a estar cómodos (Por ejemplo: Ofrecerles tirar basura, ayudarles a cambiar de posición, ajustar la luz, sugerir un equipo especial, etc.).
- 50 Volver a poner en orden la habitación después de darles los cuidados.
- 51 Revisar si su medicación calma sus síntomas (Por ejemplo: náuseas, dolor, estreñimiento, ansiedad, etc.).
- 52 Respetar su privacidad (Por ejemplo: No exhibirlos innecesariamente).
- 53 Antes de irnos, revisar si ellos tuvieron todo lo que necesitaron.
- 54 Ayudarles a aclarar aquellas cosas que les gustaría que personas importantes para ellos les trajeran.



9 – Necesidades: Asistencia con la gratificación de las necesidades humanas.

- 55 Ayudarles en los cuidados que no pueden administrarse a ellos mismos.
- 56 Saber cómo dar los tratamientos (Por ejemplo: Inyecciones intravenosas, vendajes, etc.).
- 57 Saber cómo operar con el equipo especializado (Por ejemplo: bomba, monitores, etc.).
- 58 Hacer el tratamiento o dar la medicación a la hora programada.
- 59 Animar a aquellos que sean cercanos a él a apoyarlo (con su consentimiento).
- 60 Monitorizar a fondo su situación de salud.
- 61 Ayudarlos a sentir que tuvieron un control certero sobre su situación.
- 62 Saber qué hacer en situaciones donde hay que actuar de manera rápida.
- 63 Mostrar habilidades y competencias a mi manera en las intervenciones con ellos.
- 64 Tener en cuenta sus necesidades básicas (Por ejemplo: Dormir, higiene, etc.).

10 – Espiritualidad: Concesión de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales:

- 65 Ayudarles a sentirse bien en su situación.
- 66 Admitir que rezar, meditar u otros significados, puede ayudar a calmarles y darles esperanza.
- 67 Ayudarles a explorar lo que es importante para ellos en su vida.
- 68 Ayudarles a explorar el significado que ellos le dan a su situación de salud.
- 69 Ayudarles a buscar un estado de equilibrio/balance en su vida.
- 70 Tener en consideración sus necesidades espirituales (Por ejemplo: Rezar, meditar. Preparación para ciertos rituales, etc.).

## TRADUCCIÓN D

Escala de interacciones de los cuidados enfermera-paciente: versión de 70 ítems en relación a la enfermera (CNPI-70)

### Declaración:

¿Cómo de competente te sientes acerca de las actitudes y comportamientos enumerados en cada uno de las siguientes declaraciones?

### Escala de Calificación

En absoluto 1

Un poco 2

Moderadamente 3

Mucho 4

Extremadamente 5

#### 1.- Humanismo: Formación de un sistema de valores humanista-altruista.

1. Considerarles como individuos completos, mostrar que estaba interesado en más que en su problema de salud.
2. Intentar ver las cosas desde su punto de vista.
3. Aceptarles como son sin prejuicios.
4. Mostrarles tanto respeto como los más cercanos a ellos.
5. No tener actitudes que escandalicen.
6. Ser humano y cálido con ellos y con los más cercanos a ellos.

#### 2.- Esperanza: Instalación de la Fe-Esperanza.

7. Mostrar que estaré allí para ellos si me necesitan.
8. Animarles a tener confianza en ellos mismos.
9. Llevar su atención a los aspectos positivos sobre su estado de salud.
10. Destacar sus esfuerzos.
11. Animarles a tener esperanza cuando sea apropiado.
12. Ayudarles a encontrar la motivación para mejorar su estado de salud.
13. Tener en cuenta lo que conocen sobre su salud.

#### 3.- Sensibilidad: El cultivo de la sensibilidad de uno mismo y de los demás.

14. Preguntarles cómo les gustaría haber hecho las cosas.
15. Mostrar conciencia de sus sentimientos y de las personas cercanas a ellos.
16. Conocer cómo elegir el momento adecuado para debatir con ellos las condiciones y los pasos que vienen.
17. Saber expresar de la manera más apropiada mis sentimientos hacia su situación.
18. Hacerles conscientes de la forma en la que los más cercanos a ellos están experimentando la situación.
19. Mantener informadas a las personas más cercanas sobre su estado de salud (con su consentimiento).

#### 4.- Relaciones de Ayuda: Desarrollo de una relación humana de cuidados de ayuda y confianza.

20. Escucharles con atención cuando hablan, así como a los más cercanos a ellos.
21. Introducirme a mí mismo expresando con claridad mi nombre y mi función.
22. Responder tan pronto como sea conveniente cuando ellos me llamen.
23. Respetar mis compromisos, es decir, hacer lo que dije que haría.
24. No parecer ocupado sino centrarnos cuando estamos cuidando de ellos.
25. No interrumpirles cuando ellos hablan.
26. No enfrentarse con demasiada dureza a sus ideas y comportamientos.

#### 5.- Expresión de las emociones: Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.

27. Animarles a hablar sobre sus pensamientos y sentimientos libremente.

28. Mantener la calma cuando están enfadados.
29. Ayudarles a entender las emociones que sienten en su situación.
30. No reducir mi presencia cuando tengan momentos difíciles.
31. Ayudarles a canalizar las emociones difíciles.
32. Permitirles expresar su pena, su tristeza, sus miedos, etc.

6.- Resolución de problemas: Uso sistemático de un proceso de cuidados creativo de resolución de problemas.

33. Ayudarles a establecer objetivos realistas que tengan en cuenta su situación de salud.
34. Ayudarles a sobrellevar el estrés generado por su condición o situación general.
35. Ayudarles a ver las cosas desde un punto de vista diferente.
36. Ayudarles a reconocer los medios para resolver eficazmente sus problemas.
37. Intentar identificar con ellos las consecuencias de sus comportamientos.
38. Informarles tanto a ellos como a las personas más cercanas los recursos que se adaptan a sus necesidades (por ejemplo, centros de salud... etc.)

7.- Enseñanza: Promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal.

39. Ayudarles a identificar, formular y hacer preguntas sobre su enfermedad y tratamiento.
40. Comprobar que tanto ellos como los más cercanos a ellos habían entendido correctamente las explicaciones dadas.
41. Darles la información necesaria o ponerla a su disposición para que puedan tomar sus decisiones.
42. Explicarles de antemano los cuidados o tratamientos.
43. No utilizar términos o un lenguaje que ellos o las personas más cercanas a ellos no puedan entender.
44. Proporcionarles la oportunidad de que practiquen el autocuidado.
45. Respetar los pasos al darles información o contestar sus preguntas.
46. Enseñarles cómo programar y preparar su medicación.
47. Darles indicaciones y medios para tratar o prevenir ciertos efectos secundarios de sus medicamentos o tratamientos.

8.- Medio Ambiente: Provisión de un ambiente de apoyo, protector y/o correctivo mental, físico, social y espiritual.

48. Entender cuando necesitan estar solos.
49. Ayudarles a que estén cómodos, (por ejemplo, ofrecerles masajes en la espalda, ayudarles a cambiar de postura, ajustar la iluminación, sugerir equipamientos especiales, etc.).
50. Volver a ordenar la habitación después de finalizar los cuidados.
51. Comprobar que los fármacos calman los síntomas (por ejemplo, náuseas, dolor, estreñimiento, ansiedad, etc.).
52. Respetar su privacidad (por ejemplo, no exponerles innecesariamente).
53. Antes de marcharse, comprobar que tenían todo lo que necesitaban.
54. Ayudarles a aclarar que cosas les gustaría que las personas significativas les trajeran.

9.- Necesidades: Ayuda para la satisfacción de las necesidades humanas.

55. Ayudarles con aquellos cuidados que no pueden administrarse ellos mismos.
56. Saber cómo administrar los tratamientos (por ejemplo, inyecciones intravenosas, vendajes, etc.).
57. Saber cómo manejar los equipos especializados (por ejemplo, bombas, monitores, etc.).
58. Hacer los tratamientos o dar la medicación en el tiempo programado.
59. Animar a las personas cercanas a ellos a que le animen (con su consentimiento).
60. Observar con detalle el estado de salud.

61. Ayudarles a sentir que tenían cierto control sobre su situación.
62. Saber qué hacer en situaciones donde uno debe actuar rápidamente.
63. Mostrar la habilidad y capacidad en la manera de intervenir con ellos.
64. Tener en cuenta sus necesidades básicas (por ejemplo, dormir, higiene, etc.).

10.- Espiritualidad: Concesión de las fuerzas existenciales- fenomenológicas- espirituales.

65. Ayudarles a sentirse bien con su condición.
66. Reconocer que la oración, la medicación y otros medios pueden ayudar a tranquilizarles y darles esperanza.
67. Ayudarles a explorar qué es importante en sus vidas.
68. Ayudarles a explorar el significado que ellos le dan a su condición de salud.
69. Ayudarles a buscar un cierto equilibrio/balance en sus vidas.
70. Tener en consideración sus necesidades espirituales (por ejemplo, rezos, meditación, participación en ciertos ritos, etc.).

### ANEXO 3: Versión traducida al español y consensuada por el panel de expertos

#### Escala de Cuidados en las Interacciones Enfermera-Paciente: Versión para la Enfermera (CNPI-70N) de 70 ítems

ENUNCIADO:

¿En qué medida te sientes competente o cómoda con las actitudes y comportamientos enumerados en cada uno de los siguientes enunciados?

ESCALA DE VALORACIÓN:

Nada en absoluto 1

Poco 2

Bastante 3

Mucho 4

Extremadamente 5

#### 1. Humanismo: Formación en un sistema de valores humanístico-altruista

1. Considerarlos como individuos en todas sus dimensiones
2. Intentar ver las cosas desde su punto de vista
3. Aceptarlos tal y como son, sin prejuicios
4. Mostrar respeto hacia ellos y sus allegados
5. No escandalizarse
6. Ser humana/o y cálida/o con ellos y sus allegados

#### 2. Esperanza: Infundir confianza

7. Demostrar que estarás allí si te necesitan
8. Animarlos a tener confianza en ellos mismos
9. Llamar su atención hacia aspectos positivos sobre ellos y su estado de salud
10. Enfatizar sus esfuerzos
11. Animarles a tener esperanza cuando sea apropiado
12. Ayudarlos a encontrar motivación para mejorar su estado de salud
13. Tener en cuenta lo que ellos saben sobre su situación de salud

#### 3. Sensibilidad: El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás

14. Preguntarles cómo les gustaría que se hicieran las cosas
15. Mostrar conciencia de sus sentimientos y de los de sus allegados
16. Saber elegir el momento adecuado para tratar con ellos acerca de su situación de salud
17. Saber expresar de forma apropiada tus sentimientos hacia su situación
18. Hacerles entender cómo sus allegados están viviendo su situación de salud
19. Mantener informadas a las personas más cercanas sobre su estado de salud (con su consentimiento)

#### 4. Relación de ayuda: Desarrollo de una relación de ayuda-confianza

20. Escuchar a los pacientes y a sus allegados atentamente
21. Presentarte diciendo claramente tu nombre y tu función
22. Responder tan pronto como sea posible cuando te llamen
23. Respetar tus compromisos, es decir, hacer lo que dijiste que harías
24. No parecer ocupada o atareada en otra cosa cuando los estas cuidando
25. No interrumpir cuando están hablando
26. No enfrentarse con demasiada dureza a sus ideas y comportamientos

## **5. Expresión de emociones: promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos**

27. Animarlos a hablar de sus pensamientos y sentimientos libremente
28. Mantener la calma cuando están enfadados
29. Ayudarles a entender las emociones que sienten ante su situación
30. No reducir tu presencia cuando tengan momentos difíciles
31. Ayudarles a canalizar las emociones difíciles
32. Permitirles expresar su pena, tristeza, miedos, etc...

## **6. Resolución de problemas: Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones**

33. Ayudarles a establecer objetivos realistas que tengan en cuenta su situación de salud
34. Ayudarles a afrontar el estrés generado por su condición o situación general
35. Ayudarles a ver las cosas desde un punto de vista diferente
36. Ayudarles a reconocer los medios para resolver eficazmente sus problemas
37. Intentar identificar con ellos las consecuencias de sus comportamientos
38. Informarles tanto a ellos como a las personas más cercanas de los recursos que se adaptan a sus necesidades (por ejemplo: centros de salud, etc.)

## **7. Enseñanza: Promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal**

39. Ayudarles a identificar, formular, y hacer preguntas sobre su enfermedad y tratamiento
40. Comprobar si ellos y sus allegados han comprendido adecuadamente las explicaciones dadas
41. Darles la información necesaria o ponerla a su disposición para que puedan tomar sus decisiones
42. Explicarles de antemano los cuidados o tratamientos
43. No utilizar términos o un lenguaje que ellos o sus allegados no entiendan
44. Darles la oportunidad de practicar el autocuidado
45. Respetar su ritmo cuando se les facilita información o se responde a sus preguntas
46. Enseñarles cómo programar y preparar su medicación
47. Darles indicaciones y medios para tratar o prevenir efectos secundarios de su medicación u otro tratamiento

## **8. Ambiente: Creación de un ambiente de apoyo, protección y/o corrección mental, física, social y espiritual**

48. Entender cuando necesitan estar solos
49. Ayudarles a que estén cómodos (por ejemplo: ofrecerles masajes en la espalda, ayudarles a cambiar de postura, ajustar la iluminación, sugerir equipamientos especiales, etc.)
50. Volver a ordenar la habitación después de finalizar los cuidados
51. Comprobar si sus medicamentos alivian sus síntomas (por ejemplo: náuseas, dolor, constipado, ansiedad, etc.)
52. Respetar su intimidad (por ejemplo: no exponerles innecesariamente)
53. Comprobar antes de marcharte que tienen todo lo que necesitan
54. Ayudarles a aclarar qué cosas les gustaría que las personas significativas les trajeran

## **9. Necesidades: Ayuda para la satisfacción de las necesidades humanas**

55. Ayudarles con aquellos cuidados que no pueden administrarse ellos mismos
56. Saber cómo administrar los tratamientos (por ejemplo: inyecciones intravenosas, vendajes, etc.)

57. Saber cómo manejar los equipos especializados (por ejemplo: bombas, monitores, etc.)
58. Preparar y administrar los tratamientos en el tiempo programado
59. Animar a sus allegados a que les apoyen (con su consentimiento)
60. Vigilar de cerca su estado de salud
61. Ayudarles a sentir que tienen cierto control sobre su situación
62. Saber qué hacer en situaciones donde hay que actuar rápidamente
63. Demostrar habilidad y destreza en tu forma de intervenir con ellos
64. Tener en cuenta sus necesidades básicas (por ejemplo: dormir, higiene, etc.)

**10. Factores Existenciales: Tener en cuenta los factores existenciales-fenomenológicos**

65. Ayudarles a sentirse bien con ellos mismos
66. Reconocer que la oración, la meditación y otros medios pueden ayudar a tranquilizarles y darles esperanza
67. Ayudarles a explorar qué es importante en sus vidas
68. Ayudarles a averiguar el significado que dan a su estado de salud
69. Ayudarles a recuperar un cierto equilibrio en su vida
70. Tener en consideración sus necesidades espirituales (por ejemplo: rezos, meditación, participación en ciertos ritos, etc.)

## ANEXO 4: Retro-traducciones al inglés de la versión consensuada

### RETRO-TRADUCCIÓN A

Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 70 items version for Nurse (CNPI-70N)

#### STATEMENT:

How competent or at ease do you feel about the attitudes and behaviours in the following statements?

#### VALIDATE SCALE:

Nothing at all 1

Little 2

Moderately 3

A lot 4

Extremely 5

1. Humanism: Humanistic-altruistic system of values training
  1. You consider them as complete individuals, and you show them you are interested beyond their health problem
  2. You try to see things from their point of view
  3. You accept them as they are, without prejudice
  4. You show respect them as well to those closest to them
  5. You do not have a scandalized attitude
  6. You are humane and warm them and those closest to them
  
2. Hope: Instillation of faith-hope
  7. You show you will be there in case they need you
  8. You encourage them to be confident
  9. You draw their attention to positive aspects and state of health
  10. You emphasize their efforts
  11. You encourage them to have hope, when it is appropriate
  12. You help them to find motivation to improve their state of health
  13. You take into account what they know about their health situation
  
- 3- Sensibility: Cultivation of sensitivity of one's self and to others
  14. You ask them how they would like to do things
  15. You show them knowledge about their feelings and of those closest to them
  16. You know how to choose the right moment to deal with them about their condition and next steps
  17. You know how to express properly your feelings toward their situation
  18. You make those closest to them aware the situation they are experiencing
  19. You keep those closest to them up to date about their state of health (with their agreement)
  
- 4- Helping relationship: Development of a helping-trusting care
  - 20 You listen to them attentively as well those closest to them
  - 21 You introduce yourself by stating clearly your name and function
  - 22 You answer as soon as convenient when they call you
  - 23 You respect your engagements so that you do what you said you would do
  - 24 You do not seem busy or otherwise when you are taking care of them
  - 25 You do not cut them off when they speak
  - 26 You do not argue their ideas or behaviour



5.- Expression of emotions: Promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings

- 27 You encourage them to talk about their thoughts and feelings freely.
- 28 You calm them when they are angry
- 29 You help them to understand the emotions they feel in their situation
- 30 You do not reduce your presence in their difficult moments
- 31 You help them to channel their difficult emotions
- 32 You let them express their pain, sadness, fears, etc

6.- Problem-solving: Systematic use of a creative problem-solving caring process

- 33 You help them to set realistic objectives taking account their health situation
- 34 You help them to deal with stress generated in their condition or general situation
- 35 You help them to see things from a different point of view
- 36 You help them to recognize the means to solve their problems efficiently
- 37 You try to identify with them the consequences of their behaviour
- 38 You inform them and those closest to them about resources adapted to their needs (e.g. community health centres, etc)

7.- Teaching: Promotion of transpersonal teaching-learning

- 39 You help them to identify, formulate and ask about their illness and its treatment
- 40 You check if they and those closest to them have properly understood the explanations given
- 41 You give them necessary information or you make it available so they can make informed decisions
- 42 You explain to them the care and treatments beforehand
- 43 You do not use terms or language that they or those closest to them did not understand
- 44 You give them the chance to practise self-administrated care
- 45 You respect their pace when giving them information or answering their questions
- 46 You teach them how to schedule and prepare their medications
- 47 You give them indications and means to treat or prevent side effects of their medications of treatments

8.- Environment: Provision for a supportive, protective and/or corrective mental, physical, societal and spiritual environment

- 48 You understand when they need to be alone
- 49 You help them to be comfortable (e.g. you offer them back rubs, change positions, adjust light, suggest a special equipment, etc)
- 50 You put the room back after taking care
- 51 You check if their medications soothe their symptoms (eg., nauseas, pain, constipation, anxiety, etc)
- 52 You respect their privacy (e.g. do not expose them needlessly)
- 53 Before leaving them, you check if they have everything they need
- 54 You help them to clarify things they would like those closest bring to them

9.- Needs: Assistance with the gratification of human needs

- 55 You help them with the care they cannot administer themselves
- 56 You know how to give the treatments (e.g. intravenous injections, bandages, etc)
- 57 You know how to use specialized equipment (e.g., pumps, monitors, etc)
- 58 You do treatments o give medications at the programmed hours
- 59 You encourage those closest to them to support them (with their agreement)
- 60 You monitorize their health state
- 61 You help them to feel that they have a certain control over their situation

- 62 You know what to do in situations where one must act quickly
- 63 You show ability and skill in my way of intervening with them
- 64 You take their needs into account (e.g., sleeping, hygiene, etc)

10.- Spirituality: Tolerance towards different existential-phenomenological-spirituals forces

- 65 You help them to feel well in their condition
- 66 You recognize that prayer, meditation and others means can help to calm them and give them hope
- 67 You help them to find out what it is important in their life
- 68 You help them to find out the meaning they give to their health state
- 69 You help them to look for a certain balance in their life
- 70 You take into account their spiritual needs (e.g., prayer, meditation, participation in certain rites, etc)

## **RETRO-TRADUCCIÓN B**

Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 70-item Version for Nurse (CNPI-70N)

STATEMENT:

How competent or at ease do you feel about the attitudes and behaviors enumerated in each of the following statements?

RATING SCALE:

Absolutely nothing 1

A little 2

Moderately 3

A lot 4

Extremely 5

1 – Humanism: Formation of a humanistic-altruistic system of values

1 Considering them as complete individuals in all of their areas

2 Trying to see things from their point of view

3 Accepting them as they are, without prejudice

4 Showing them respect as well as to those closest to them

5 Not having a scandalized attitude

6 Being human and warm with them and those closest to them

2 – Hope: Instillation of faith-hope

7 Showing that I will be there for them if they need me

8 Encouraging them to have confidence in themselves

9 Drawing their attention to positive aspects concerning them and their state of health

10 Emphasizing their efforts

11 Encouraging them to be hopeful, when it is appropriate

12 Helping them to find motivation to improve their state of health

13 Taking into account what they know about their health situation

3 – Sensibility: Cultivation of sensitivity to oneself and to others

14 Asking them how they would like things to be done

15 Showing awareness of their feelings and of those closest to them

16 Knowing how to choose the right moment to discuss with them their health situation.

17 Knowing how to express in an appropriate way your feelings toward their situation

18 Making them aware of the way in which those closest to them are experiencing their situation

19 Keeping those closest to them up to date about their state of health (with their agreement)

4 – Helping Relationship: Development of a helping-trusting relationship

20 Listening to them and those closest to them attentively

21 Introducing myself by stating clearly my name and function

22 Answering as soon as it is convenient when they call me

23 Respecting my engagements, that is to say, do what I said I would do

24 Not seeming busy or otherwise occupied when you are taking care of them

25 Not cutting them off when they speak

26 Not confronting too harshly their ideas and behavior

5 – Expression of Emotions: Promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings

- 27 Encouraging them to speak about their thoughts and feelings freely
- 28 Keeping calm when they are angry
- 29 Helping them to understand the emotions they feel in their situation
- 30 Not reducing your presence when they have difficult moments
- 31 Helping them to channel their difficult emotions
- 32 Letting them express their pain, their sadness, their fears, etc.

6 – Problem-solving: Systematic use of a problem-solving scientific method to take decisions

- 33 Helping them to set realistic objectives that take their health condition into account
- 34 Helping them to cope with the stress generated by their condition or general situation
- 35 Helping them to see things from a different point of view
- 36 Helping them to recognize the means to efficiently resolve their problems
- 37 Trying to identify with them the consequences of their behavior
- 38 Informing them and those closest to them about the resources adapted to their needs (e.g., community health centers, etc.)

7 – Teaching: Promotion of transpersonal teaching-learning

- 39 Helping them to identify, formulate and ask questions about their illness and its treatment
- 40 Checking if they and those closest to them had properly understood the explanations given
- 41 Giving them the necessary information or making it available so that they can make informed decisions
- 42 Explaining to them the care or treatments beforehand
- 43 Not using terms or a language that they or those closest to them do not understand
- 44 Providing them the opportunity to practice self-administered care
- 45 Respecting their pace when giving them information or answering their questions
- 46 Teaching them how to schedule and prepare their medications
- 47 Giving them indications and means to treat or prevent certain side effects of their medications or treatments

8 – Environment: Provision for a supportive, protective and/or corrective mental, physical, societal and spiritual environment

- 48 Understanding when they need to be alone
- 49 Helping them to be comfortable (e.g., offer them back rubs, help them to change positions, adjust the lighting, suggest special equipment, etc.).
- 50 Tidying the room up after having taken care of them
- 51 Checking if their medications soothe their symptoms (e.g., nausea, pain, constipation, anxiety, etc)
- 52 Respecting their privacy (e.g., do not expose them needlessly)
- 53 Before leaving, checking if they had everything they needed
- 54 Helping them to clarify which things they would like significant persons to bring them

9 – Needs: Assistance with the gratification of human needs

- 55 Helping them with the care they cannot administer themselves
- 56 Knowing how to give the treatments (e.g., intravenous injections, bandages, etc)
- 57 Knowing how to operate specialized equipment (e.g., pumps, monitors, etc)
- 58 Doing treatments or give medications at the scheduled time
- 59 Encouraging those closest to them to support them (with their agreement)

- 60 Closely monitoring their health condition
- 61 Helping them to feel that they had a certain control over their situation
- 62 Knowing what to do in situations where one must act quickly
- 63 Showing ability and skill in my way of intervening with them
- 64 Taking their basic needs into account (e.g., sleeping, hygiene, etc.)

10 – Spirituality: Allowance for existential-phenomenological-spiritual forces

- 65 Helping them to feel well themselves
- 66 Recognizing that praying, meditation or other means can help appease them and give them hope
- 67 Helping them to explore what is important in their life
- 68 Helping them to explore the meaning that they give to their health condition
- 69 Helping them to look for a certain balance in their life
- 70 Taking into consideration their spiritual needs (e.g., praying, meditation, participation in certain rites, etc)

## RETRO-TRADUCCIÓN C

Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 70-item Version – Nurse (CNPI-70N)

### STATEMENT

How competent or at ease do you feel about the attitudes and behaviors enumerated in each of the following statements?

### RATING SCALE

Not at all 1

A little 2

Moderately 3

A lot 4

Extremely 5

#### 1. Humanism: Formation of a humanistic-altruistic system of values

1. Consider them as individuals at all its dimensions.
2. Try to see things for their points of view.
3. Accept them as they are, without prejudice.
4. Show respect for them and their relatives.
5. Do not have a scandalized attitude.
6. Being human and warm with them and their relatives.

#### 2. Hope: Inspire confidence

7. Demonstrate that you will be there if they need you.
8. Encourage them to have confidence in themselves.
9. Draw their attention to positive aspects concerning them and their state of health.
10. Emphasize their efforts.
11. Encourage them to be hopeful, when it is appropriate.
12. Help them to find motivation to improve their state of health.
13. Take into account what they know about their health situation.

#### 3. Sensitivity: Cultivation of sensitivity to one's self and to others

14. Ask them how they would like things to be done.
15. Show awareness of their feelings and of those closest to them.
16. Know how to choose the right moment to discuss with them their health condition.
17. Know how to express in an appropriate fashion your feelings toward their situation.
18. Make them aware of the way those closest to them are experiencing their situation.
19. Keep those closest to them up to date about their state of health (with their agreement).

#### 4. Helping Relationship: Development of a helping-trusting, human caring relationship

20. Listen to patients and their relatives carefully.
21. Introduce your name and your function clearly.
22. Answer as soon as possible when they call you.
23. Respect your engagements, that is, do what you said you would do.
24. Do not seem busy or otherwise occupied when you are taking care of them.
25. Do not interrupt when they are speaking.
26. Do not confront too harshly their ideas and behaviours.

#### 5. Expression of Emotions: Promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings

27. Encourage them to speak about their thoughts and feelings freely.
28. Keep calm when they are angry.

29. Help them to understand the emotions they feel in their situation.
  30. Not reduce your presence when they have difficult moments.
  31. Help them to channel their difficult emotions.
  32. Let them express their pain, their sadness, their fears, etc.
6. Problem-solving: Systematic use of a creative problem-solving caring process
33. Help them to set realistic objectives that take their health condition into account.
  34. Help them to cope with the stress generated by their condition or general situation.
  35. Help them to see things from a different point of view.
  36. Help them to recognize the means to efficiently resolve their problems.
  37. Try to identify with them the consequences of their behaviour.
  38. Inform them and those closest to them about the resources adapted to their needs (e.g., community health centers, etc.).
7. Teaching: Promotion of transpersonal teaching-learning
39. Help them to identify, formulate and ask questions about their illness and its treatment.
  40. Check if they and their relatives had properly understood the explanations given.
  41. Give them the necessary information or make it available so they can make informed decisions.
  42. Explain to them the care or treatments beforehand.
  43. Not use terms or a language that they or their relatives did not understand.
  44. Provide them with the opportunity to practice self-administered care.
  45. Respect their pace when giving them information or answering their questions.
  46. Teach them how to schedule and prepare their medications.
  47. Give them indications and means to treat or prevent certain side effects of their medications or treatments.
- 8 – Environment: Provision for a supportive, protective and/or corrective mental, physical, societal and spiritual environment
48. Understand when they need to be alone.
  49. Help them to be comfortable (e.g., offer them back rubs, help them to change positions, adjust the lighting, suggest special equipment, etc.).
  50. Put the room back in order after having taken care of them.
  51. Check if their medications soothe their symptoms (e.g., nausea, pain, constipation, anxiety, etc).
  52. Respect their privacy (e.g., do not expose them needlessly).
  53. Check if they had everything they needed before you leave.
  54. Help them to clarify which things they would like significant persons to bring them.
9. Needs: Assistance with the gratification of human needs
55. Help them with the care they cannot administer themselves.
  56. Know how to give the treatments (e.g., intravenous injections, bandages, etc).
  57. Know how to operate specialized equipment (e.g., pumps, monitors, etc).
  58. Prepare and administer treatments at the scheduled time.
  59. Encourage their relatives to support them (with their agreement).
  60. Closely monitor their health condition.
  61. Help them to feel that they have a certain control over their situation.
  62. Know what to do in situations where one must act quickly.
  63. Show ability and skill in your way of intervening with them.
  64. Take their basic needs into account (e.g., sleeping, hygiene, etc.).
10. Existential factors: Allowance for existential-phenomenological-spiritual forces

65. Help them to feel good with themselves.
66. Recognize that prayer, meditation or other means can help appease them and give them hope.
67. Help them to explore what is important in their life.
68. Help them to explore the meaning that they give to their health condition.
69. Help them to look for a certain balance in their life.
70. Take into consideration their spiritual needs (e.g., prayer, meditation, participation in certain rites, etc).



## ANEXO 5: Permiso Comité de Ética de la Investigación Biomédica de la Junta de Andalucía para el estudio piloto

**JUNTA DE ANDALUCÍA**

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES  
Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación  
Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía

### DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/D<sup>a</sup>: Jose Salas Turrents como secretario/a del CEI de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío

#### CERTIFICA

Que este Comité refrendará de oficio en la reunión celebrada en el día 23/05/2016 la propuesta de (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

Título del estudio:	Estudio Piloto para la evaluación del nivel de competencia en la relación enfermera-paciente del alumnado de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla ,( ESTUDIO PILOTO PARA VALIDACION CUESTIONARIO )
Protocolo, Versión:	VF
HIP, Versión:	VF
CI, Versión:	VF

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en a 31/05/2016



D/D<sup>a</sup>. Jose Salas Turrents , como Secretario/a del CEI de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío

## ANEXO 6: Permiso Prof. Dr. Joaquín Lima para la recogida de datos del estudio piloto



*Prof. Dr. Joaquín Salvador Lima Serrano  
Profesor Titular de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología  
Universidad de Sevilla*

25 marzo de 2016

### ASUNTO:

De acuerdo con la solicitud presentada por Dña. **REGINA ALLANDE CUSSO**, profesora asociada en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla y doctoranda en el Programa Inter-universitario en Ciencias de la Salud, para acceder a la recogida de datos del estudio piloto del proyecto *Evaluación del nivel de competencia en la relación enfermera-paciente del alumnado de último curso de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla*

**LE COMUNICO:** que en calidad Presidente del Comité Organizador se le concede permiso para llevar a cabo la recogida de datos durante la Jornada de Duelo, enmarcada dentro de la asignatura Practicum V, el día **1 de abril de 2016 de 9h a 14h**.

Y para que así conste, y surta a los efectos oportunos, firmo la presente a fecha 25 de marzo de 2016.

Prof. Dr. Joaquín Salvador Lima Serrano

**ANEXO 7: Permiso Sr. Decano de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla para el estudio piloto**



D. Máximo de la Fuente Ginés  
Decano de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología  
C/Avenzoar 6, 41009, Sevilla  
Telefono: +34606426868 / 0034954557749  
E-mail: maximo@us.es

20 febrero 2016

**Asunto:** Concesión de permiso para acceder a la recogida de información en el alumnado del Grado de Enfermería

De acuerdo a la solicitud presentada por Dña. REGINA ALLANDE CUSSO con DNI Nº 43450517K para acceder a la recogida de información en el alumnado del Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla dentro del Proyecto de tesis: **Evaluación del nivel de competencia en la relación enfermera-paciente del alumnado de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla** durante el curso académico 2015-2016.

Le comunico que una vez valorado el Protocolo su investigación se ha resuelto emitir **INFORME: favorable** para acceder a la recogida de información.

Y para que conste y surta los efectos oportunos firmo la presente en Sevilla a 20 de febrero de 2016

  
  
MÁXIMO DE LA FUENTE GINÉS  
Decano Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología  
Universidad de Sevilla

## ANEXO 8: Cuaderno de preguntas y Hoja de respuestas para el estudio piloto

### HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio es conducido por la Sra. Regina Allande Cussó, doctoranda del Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla, en la línea doctoral de Procedimientos clínicos, intervenciones y resultados en salud, bajo la tutela y dirección de la Dra. Ana M<sup>a</sup> Porcel Gálvez y la Dra. Juana Macías Seda.

El objetivo del estudio es la evaluación del nivel de competencia en la relación enfermera-paciente del alumnado de Grado en Enfermería. Para ello, se pretende construir una escala de evaluación de dicha competencia, a partir del cuestionario “Caring Nurse-Patient Interactions Scale – CNPI”, en su versión de 70 ítems.

Si usted accede a participar en la investigación, se le pedirá la cumplimentación del cuestionario antes mencionado, traducido al español en base al consenso de un panel de expertos, conjuntamente con algunas cuestiones sociodemográficas, académicas y profesionales.

Toda la información recogida es totalmente anónima y confidencial, y no se usará para ningún otro propósito fuera del definido en el presente estudio; asimismo, estará custodiada por la doctoranda, para su posterior análisis y obtención de resultados.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el mismo. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma.

Le agradezco su participación en el presente estudio.

REGINA ALLANDE CUSSO

**regina.allande@gmail.com**

---

NOMBRE:

DNI:

FECHA:

FIRMA:

¿En qué medida te sientes competente (conocimientos, habilidades y actitudes) o cómoda/o con las actitudes y comportamientos enumerados en cada uno de los siguientes enunciados?

RESPONDE EN LA HOJA DE RESPUESTAS QUE SE TE HA FACILITADO

**Humanismo: Formación en un sistema de valores humanístico-altruista**

1. Considerarlos como individuos en todas sus dimensiones
2. Intentar ver las cosas desde su punto de vista
3. Aceptarlos tal y como son, sin prejuicios
4. Mostrar respeto hacia ellos y sus allegados
5. No escandalizarse
6. Ser humana/o y cálida/o con ellos y sus allegados

**Esperanza: Infundir confianza**

7. Demostrar que estarás allí si te necesitan
8. Animarlos a tener confianza en ellos mismos
9. Llamar su atención hacia aspectos positivos sobre ellos y su estado de salud
10. Enfatizar sus esfuerzos
11. Animarles a tener esperanza cuando sea apropiado
12. Ayudarlos a encontrar motivación para mejorar su estado de salud
13. Tener en cuenta lo que ellos saben sobre su situación de salud

**Sensibilidad: El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás**

14. Preguntarles cómo les gustaría que se hicieran las cosas
15. Mostrar conciencia de sus sentimientos y de los de sus allegados
16. Saber elegir el momento adecuado para tratar con ellos acerca de su situación de salud
17. Saber expresar de forma apropiada tus sentimientos hacia su situación
18. Hacerles entender cómo sus allegados están viviendo su situación de salud
19. Mantener informadas a las personas más cercanas sobre su estado de salud (con su consentimiento)

**Relación de ayuda: Desarrollo de una relación de ayuda-confianza**

20. Escuchar a los pacientes y a sus allegados atentamente
21. Presentarte diciendo claramente tu nombre y tu función
22. Responder tan pronto como sea posible cuando te llamen
23. Respetar tus compromisos, es decir, hacer lo que dijiste que harías
24. No parecer ocupada o atareada en otra cosa cuando los estas cuidando
25. No interrumpir cuando están hablando
26. No enfrentarse con demasiada dureza a sus ideas y comportamientos

**Expresión de emociones: promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos**

27. Animarlos a hablar de sus pensamientos y sentimientos libremente
28. Mantener la calma cuando están enfadados
29. Ayudarles a entender las emociones que sienten ante su situación
30. No reducir tu presencia cuando tengan momentos difíciles
31. Ayudarles a canalizar las emociones difíciles
32. Permitirles expresar su pena, tristeza, miedos, etc...

**Resolución de problemas: Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones**

33. Ayudarles a establecer objetivos realistas que tengan en cuenta su situación de salud
34. Ayudarles a afrontar el estrés generado por su condición o situación general
35. Ayudarles a ver las cosas desde un punto de vista diferente
36. Ayudarles a reconocer los medios para resolver eficazmente sus problemas
37. Intentar identificar con ellos las consecuencias de sus comportamientos
38. Informarles tanto a ellos como a las personas más cercanas de los recursos que se adaptan a sus necesidades (por ejemplo: centros de salud, etc...)

**Enseñanza: Promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal**

39. Ayudarles a identificar, formular, y hacer preguntas sobre su enfermedad y tratamiento
40. Comprobar si ellos y sus allegados han comprendido adecuadamente las explicaciones dadas
41. Darles la información necesaria o ponerla a su disposición para que puedan tomar sus decisiones
42. Explicarles de antemano los cuidados o tratamientos
43. No utilizar términos o un lenguaje que ellos o sus allegados no entiendan
44. Darles la oportunidad de practicar el autocuidado
45. Respetar su ritmo cuando se les facilita información o se responde a sus preguntas
46. Enseñarles cómo programar y preparar su medicación
47. Darles indicaciones y medios para tratar o prevenir efectos secundarios de su medicación u otro tratamiento

**Ambiente: Creación de un ambiente de apoyo, protección y/o corrección mental, física, social y espiritual**

48. Entender cuando necesitan estar solos
49. Ayudarles a que estén cómodos (por ejemplo: ofrecerles masajes en la espalda, ayudarles a cambiar de postura, ajustar la iluminación, sugerir equipamientos especiales, etc.)
50. Volver a ordenar la habitación después de finalizar los cuidados
51. Comprobar si sus medicamentos alivian sus síntomas (por ejemplo: náuseas, dolor, constipado, ansiedad, etc...)
52. Respetar su intimidad (por ejemplo: no exponerles innecesariamente)

53. Comprobar antes de marcharte que tienen todo lo que necesitan
  54. Ayudarles a aclarar qué cosas les gustaría que las personas significativas les trajeran
- Necesidades: Ayuda para la satisfacción de las necesidades humanas**
55. Ayudarles con aquellos cuidados que no pueden administrarse ellos mismos
  56. Saber cómo administrar los tratamientos (por ejemplo: inyecciones intravenosas, vendajes, etc.)
  57. Saber cómo manejar los equipos especializados (por ejemplo: bombas, monitores, etc.)
  58. Preparar y administrar los tratamientos en el tiempo programado
  59. Animar a sus allegados a que les apoyen (con su consentimiento)
  60. Vigilar de cerca su estado de salud
  61. Ayudarles a sentir que tienen cierto control sobre su situación
  62. Saber qué hacer en situaciones donde hay que actuar rápidamente
  63. Demostrar habilidad y destreza en tu forma de intervenir con ellos
  64. Tener en cuenta sus necesidades básicas (por ejemplo: dormir, higiene, etc.)
- Factores Existenciales: Tener en cuenta los factores existenciales-fenomenológicos**
65. Ayudarles a sentirse bien con ellos mismos
  66. Reconocer que la oración, la meditación y otros medios pueden ayudar a tranquilizarles y darles esperanza
  67. Ayudarles a explorar qué es importante en sus vidas
  68. Ayudarles a averiguar el significado que dan a su estado de salud
  69. Ayudarles a recuperar un cierto equilibrio en su vida
  70. Tener en consideración sus necesidades espirituales (por ejemplo: rezos, meditación, etc.)

## HOJA DE RESPUESTAS

Marca con una cruz la opción que desees, para cada ítem, en base a la leyenda siguiente:

1-> Nada en absoluto

2-> Poco

3-> Bastante

4-> Mucho

5-> Extremadamente

ITEM	1	2	3	4	5	ITEM	1	2	3	4	5
1						36					
2						37					
3						38					
4						39					
5						40					
6						41					
7						42					
8						43					
9						44					
10						45					
11						46					
12						47					
13						48					
14						49					
15						50					
16						51					
17						52					
18						53					
19						54					
20						55					
21						56					
22						57					
23						58					
24						59					
25						60					
26						61					
27						62					
28						63					
29						64					
30						65					
31						66					
32						67					
33						68					
34						69					
35						70					

SIGUE DETRÁS DE ESTA HOJA ->



Cuestiones relacionadas con el cuestionario:

¿Hay algún ítem que no hayas entendido?

Ítem/s nº->

¿Por qué motivo no lo/s has entendido?

¿Cuánto tiempo, aproximadamente, has tardado en contestar a los ítems del cuestionario (en minutos)?

Cuestiones sociodemográficas:

Sexo:

Edad:

Unidad Docente en la que cursas el Grado en Enfermería:

**MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN**

## **ANEXO 9: Versión del cuestionario tras la reducción de ítems mediante análisis factorial exploratorio**

### Leyenda:

**EN NEGRITA**-> Nombre del factor de cuidado según teoría Jean Watson al que pertenece el ítem

(ENTRE PARÉNTESIS)-> N° de ítem del cuestionario inicial

### **FACTOR CUIDADO N° 2-> ESPERANZA: INFUNDIR CONFIANZA**

- (7) 1. Demostrar que estarás allí si te necesitan
- (8) 2. Animarlos a tener confianza en ellos mismos
- (9) 3. Llamar su atención hacia aspectos positivos sobre ellos y su estado de salud
- (10) 4. Enfatizar sus esfuerzos
- (11) 5. Animarles a tener esperanza cuando sea apropiado
- (12) 6. Ayudarlos a encontrar motivación para mejorar su estado de salud

### **FACTOR CUIDADO N° 3-> SENSIBILIDAD: EL CULTIVO DE LA SENSIBILIDAD HACIA UNO MISMO Y HACIA LOS DEMÁS**

- (18) 7. Hacerles entender cómo sus allegados están viviendo su situación de salud
- (19) 8. Mantener informadas a las personas más cercanas sobre su estado de salud (con su consentimiento)

### **FACTOR CUIDADO N° 5-> EXPRESIÓN DE EMOCIONES: PROMOCIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS**

- (27) 9. Animarlos a hablar de sus pensamientos y sentimientos libremente

### **FACTOR CUIDADO N° 6-> RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: USO SISTEMÁTICO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA LA TOMA DE DECISIONES**

- (33) 10. Ayudarles a establecer objetivos realistas que tengan en cuenta su situación de salud
- (34) 11. Ayudarles a afrontar el estrés generado por su condición o situación general
- (35) 12. Ayudarles a ver las cosas desde un punto de vista diferente
- (36) 13. Ayudarles a reconocer los medios para resolver eficazmente sus problemas

### **FACTOR CUIDADO N° 7-> ENSEÑANZA: PROMOCIÓN DE UNA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE INTERPERSONAL**

- (39) 14. Ayudarles a identificar, formular, y hacer preguntas sobre su enfermedad y tratamiento
- (44) 15. Darles la oportunidad de practicar el autocuidado
- (45) 16. Respetar su ritmo cuando se les facilita información o se responde a sus preguntas
- (46) 17. Enseñarles cómo programar y preparar su medicación
- (47) 18. Darles indicaciones y medios para tratar o prevenir efectos secundarios de su medicación u otro tratamiento

**FACTOR CUIDADO N° 8-> AMBIENTE: CRACIÓN DE UN AMBIENTE DE APOYO, PROTECCIÓN Y/O CORRECCIÓN MENTAL, FÍSICA, SOCIAL Y ESPIRITUAL**

(51) 19. Comprobar si sus medicamentos alivian sus síntomas (por ejemplo: náuseas, dolor, constipado, ansiedad, etc...)

(52) 20. Respetar su intimidad (por ejemplo: no exponerles innecesariamente)

**FACTOR CUIDADO N° 9-> NECESIDADES: AYUDA PARA LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS**

(55) 21. Ayudarles con aquellos cuidados que no pueden administrarse ellos mismos

(64) 22. Tener en cuenta sus necesidades básicas (por ejemplo: dormir, higiene, etc....)

**FACTOR CUIDADO N° 10-> FACTORES EXISTENCIALES: TENER EN CUENTA LOS FACTORES EXISTENCIALES-FENOMENOLÓGICOS**

(65) 23. Ayudarles a sentirse bien con ellos mismos

(66) 24. Reconocer que la oración, la meditación y otros medios pueden ayudar a tranquilizarles y darles esperanza

(67) 25. Ayudarles a explorar qué es importante en sus vidas

(68) 26. Ayudarles a averiguar el significado que dan a su estado de salud

(69) 27. Ayudarles a recuperar un cierto equilibrio en su vida

(70) 28. Tener en consideración sus necesidades espirituales (por ejemplo: rezos, meditación,

## ANEXO 10: Cuaderno de preguntas para el estudio de campo

### HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio es conducido por la Sra. Regina Allande Cussó, profesora del Dpto. Enfermería y doctoranda del Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla - en la línea doctoral de Procedimientos clínicos, intervenciones y resultados en salud- bajo la tutela y dirección de la Dra. Ana M<sup>a</sup> Porcel Gálvez y la Dra. Juana Macías Seda.

El objetivo del estudio es la evaluación del nivel de competencia en la relación enfermera-paciente del alumnado de Grado en Enfermería. Para ello, se pretende construir una escala de evaluación de dicha competencia, a partir del cuestionario “Caring Nurse-Patient Interactions Scale – CNPI”, en su versión de 70 ítems. El mismo, fue reducido a 28 ítems, mediante análisis factorial, durante la fase de estudio piloto.

Si usted accede a participar en la investigación, se le pedirá la cumplimentación del cuestionario antes mencionado, así como un cuestionario, validado en Chile, que mide la misma competencia estudiada – como “gold standard “-, y un último cuestionario que mide la competencia en habilidades sociales. Igualmente, se adjuntan también algunas cuestiones sociodemográficas, académicas y profesionales.

Toda la información recogida es totalmente **anónima y confidencial**, y no se usará para ningún otro propósito fuera del definido en el presente estudio; asimismo, estará custodiada por la doctoranda, para su posterior análisis y obtención de resultados.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el mismo. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma.

Le agradezco su participación en el presente estudio.

REGINA ALLANDE CUSSO

[regina.allande@gmail.com](mailto:regina.allande@gmail.com)

**NOMBRE:**

**DNI:**

**FECHA:**

**FIRMA:**

## **INSTRUCCIONES:**

Tras firmar el consentimiento informado – justo en la hoja anterior- responde a las siguientes preguntas, *EN LA HOJA DE RESPUESTAS QUE SE TE HA FACILITADO* (puedes utilizar lápiz o bolígrafo).

Observa: las hojas con las preguntas están escritas por *ambas caras*. ¡Gracias!

## **PARTE A**

Responde a las siguientes cuestiones sociodemográficas:

### **1. Sexo**

**a->** Mujer

**b->** Hombre

### **2. Edad**

**a->** 20 a 26 años

**c->** 27 a 40 años

**d->** Más de 40 años

### **3. Si estudias el Grado en Enfermería en la Universidad de Sevilla, señala la Unidad Docente:**

**a->** U.D. Macarena/Perdigones

**b->** U.D. Virgen del Rocío

**c->** U.D. Valme

### **4. Si estudias al Grado en Enfermería en un Centro Adscrito a la US, señálalo:**

**a->** Centro Universitario Cruz Roja

**b->** Centro Universitario San Juan de Dios

**c->** Escuela Universitaria de Osuna

### **5. Antes de empezar el Grado en Enfermería, ¿Estudiaste alguno de los Ciclos Formativos de Grado Medio siguientes?**

Técnico en: Cuidados Auxiliares de Enfermería, Farmacia, y/o Emergencias Sanitarias

**a->** Sí

**b->** No

### **6. Antes de empezar el Grado en Enfermería, ¿Estudiaste alguno de los Ciclos Formativos de Grado Superior siguientes?**

Técnico Superior en: Radioterapia, Higiene Bucodental, Laboratorio Diagnóstico Clínico, Ortoprotésico, Imagen para el Diagnóstico, Dietética, Documentación Sanitaria, y/o Anatomía Patológica

**a->** Sí

**b->** No

7. Antes de empezar el Grado en Enfermería, ¿Estudiaste alguno de los siguientes Grados Universitarios (o su equivalencia en Diplomatura/Licenciatura de planes antiguos)?

Grado en: Medicina, Psicología, Odontología, Podología, Fisioterapia

**a->** Sí

**b->** No

8. ¿Has estado alguna vez ingresada/o en algún hospital/clínica como paciente?

**a->** Sí

**b->** No

## **PARTE B**

*Nurse-patient Interactions Scale Questionnaire (Cossette y cols. 2008)*

*Versión Española en proceso de validación*

¿En qué medida te sientes competente (conocimientos, habilidades y actitudes) o cómoda/o con las actitudes y comportamientos enumerados en cada uno de los siguientes enunciados?

**A. Nada en absoluto**

**B. Poco**

**C. Bastante**

**D. Mucho**

**E. Extremadamente**

10. Demostrar que estarás allí si te necesitan.

11. Animarlos a tener confianza en ellos mismos.

12. Llamar su atención hacia aspectos positivos sobre ellos y su estado de salud.

13. Enfatizar sus esfuerzos.

14. Animarles a tener esperanza cuando sea apropiado.

15. Ayudarlos a encontrar motivación para mejorar su estado de salud.

16. Hacerles entender cómo sus allegados están viviendo su situación de salud.

17. Mantener informadas a las personas más cercanas sobre su estado de salud (con su consentimiento).
18. Animarlos a hablar de sus pensamientos y sentimientos libremente.
19. Ayudarles a establecer objetivos realistas que tengan en cuenta su situación de salud.
20. Ayudarles a afrontar el estrés generado por su condición o situación general.
21. Ayudarles a ver las cosas desde un punto de vista diferente.
22. Ayudarles a reconocer los medios para resolver eficazmente sus problemas.
23. Ayudarles a identificar, formular, y hacer preguntas sobre su enfermedad y tratamiento.
24. Darles la oportunidad de practicar el autocuidado.
25. Respetar su ritmo cuando se les facilita información o se responde a sus preguntas.
26. Enseñarles cómo programar y preparar su medicación.
27. Darles indicaciones y medios para tratar o prevenir efectos secundarios de su medicación u otro tratamiento.
28. Comprobar si sus medicamentos alivian sus síntomas (por ejemplo: náuseas, dolor, constipado, ansiedad, etc...).
29. Respetar su intimidad (por ejemplo: no exponerles innecesariamente).
30. Ayudarles con aquellos cuidados que no pueden administrarse ellos mismos.
31. Tener en cuenta sus necesidades básicas (por ejemplo: dormir, higiene, etc..).
32. Ayudarles a sentirse bien con ellos mismos.
33. Reconocer que la oración, la meditación y otros medios pueden ayudar a tranquilizarles y darles esperanza.
34. Ayudarles a explorar qué es importante en sus vidas.
35. Ayudarles a averiguar el significado que dan a su estado de salud.
36. Ayudarles a recuperar un cierto equilibrio en su vida.
37. Tener en consideración sus necesidades espirituales (por ejemplo: rezos, meditación).

## **PARTE C**

*Nyberg Caring Assessment (validado al español por Poblete y cols, 2012)*

¿Con qué **frecuencia** utilizas los siguientes atributos del cuidado en tu práctica diaria?

- A. Nunca**
- B. Ocasionalmente**
- C. A veces**
- D. A menudo**
- E. Siempre**

- 38. Respetas profundamente las necesidades de la persona.
- 39. Procuras transmitir esperanza.
- 40. Te muestras sensible a las necesidades de las personas.
- 41. Adoptas una actitud de ayuda y confianza.
- 42. Expresas sentimientos positivos y negativos.
- 43. Solucionas los problemas de forma creativa.
- 44. Comprendes que las fuerzas espirituales contribuyen al cuidado humano.
- 45. Consideras las relaciones antes que los reglamentos.
- 46. Basas las relaciones en lo que es mejor para las personas involucradas.
- 47. Procuras comprender el significado de la situación de salud para la persona.
- 48. Vas más allá de lo superficial para conocer bien a las personas.
- 49. Realizas correctamente las técnicas y demuestras tus habilidades.
- 50. Eliges tácticas que logren las metas propuestas.
- 51. Consideras ampliamente los factores situacionales.
- 52. Te centras en ayudar a crecer a las personas.
- 53. Dedicas tiempo a las necesidades personales y al crecimiento de las personas.
- 54. Dedicas tiempo a las oportunidades de cuidado.
- 55. Estás comprometido con el mantenimiento de una relación continua.
- 56. Escuchas cuidadosamente y estás abierta/o a la retroalimentación.
- 57. Crees que otros tienen potencial, y que éste puede desarrollarse.



## **PARTE D**

*Inventario de Situaciones Sociales - ISS (Roth y Guaygua, 2008)*

Marca la opción que mejor refleja tu forma de actuar:

- A) Totalmente de acuerdo**
- B) De acuerdo**
- C) Ni acuerdo ni desacuerdo**
- D) En desacuerdo**
- E) Totalmente en desacuerdo**

58. Tengo dificultad para expresar palabras de aliento a un amigo que acaba de perder a un ser querido.
59. Tengo dificultad para responder a comentarios desagradables y hostiles por parte de familiares y/o amigos.
60. Me resulta difícil resistir la insistencia de mis amigos, cuando me piden hacer algo que no quiero hacer.
61. Tengo dificultad para negar un préstamo cuando se trata de una persona cercana.
62. Tengo dificultad para defender mis derechos cuando se me acusa injustamente.
63. No sé cómo pedir explicaciones a un amigo que ha sido grosero conmigo.
64. Tengo dificultad para pedir explicaciones a la persona que llega tarde a nuestra cita.
65. Tengo dificultad para expresar lo que pienso cuando piden mi opinión sobre alguien.
66. No sé cuál es la mejor forma de expresar mi decisión, cuando he cambiado de opinión.
67. Tengo dificultad para solicitar la devolución del dinero a la tienda, cuando el producto que compré estaba caducado o en mal estado.
68. Tengo dificultad para afrontar agresiones físicas hacia mi persona por parte de extraños.
69. No sé cómo responder a la intromisión de alguien, cuando interrumpe una conversación importante.
70. No sé cómo responder a alguien que es grosero y vulgar conmigo.
71. Tengo dificultad para iniciar una conversación con un extraño que acabo de conocer.
72. No sé qué hacer cuando una persona del sexo opuesto o que podría gustarme me saluda y empieza a conversar conmigo.
73. Tengo dificultad para expresar satisfacción o gratitud cuando recibo un reconocimiento público.
74. Tengo dificultad para oponerme a lo que mis amigos me piden, cuando sus exigencias afectan a mis intereses.
75. No sé cómo responder a una persona extraña que empieza a hablarme acerca de sus problemas.

76. Tengo dificultad para expresar mis creencias religiosas o políticas, cuando éstas son deferentes a las de los demás.
77. Tengo dificultad para oponerme de forma directa y firme, cuando la conducta de otra persona tiene efectos negativos sobre mí.
78. No sé cuál es la mejor manera para conseguir una entrevista o cita con alguien, tras varias negativas del mismo.
79. Tengo dificultad para pedir disculpas a mis amigos cuando he hecho algún comentario desagradable y/o fuera de lugar.
80. Tengo dificultad para responder a comentarios y opiniones que juzgan negativamente mi forma de ser.
81. Me resulta difícil expresar opiniones acerca de otros que les son poco favorables, por temor a herir sus sentimientos.
82. Tengo dificultad para establecer límites cuando invaden mi privacidad.
83. Tengo dificultad para transmitir optimismo a personas que pasan por un momento difícil.
84. Me cuesta trabajo expresar mi cambio de opinión a otros, por miedo a ser visto como inseguro.
85. Tengo dificultad para iniciar una conversación con nuevos compañeros de curso o de trabajo.
86. No sé cómo acercarme a una persona que me gusta.
87. No sé cómo iniciar una conversación con personas que tienen diferentes opiniones a la mía, pero que es preciso hablar con ellas.

**¡MUCHÍSIMAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**

## ANEXO 11: Permiso Dra. Margarita Poblete para el uso del cuestionario NCA

 **Margarita Poblete** 8 jul. (hace 7 días) ☆  

 para mí 

 español ▾ > chino (tradicional) ▾ Traducir mensaje Desactivar para: español ×

Estimada Regina  
Junto con saludar, no tengo problema en que utilice el instrumento de Nyberg traducido, envío lo solicitado. Este instrumento al igual que el anterior solo se calcula dando un puntaje mínimo de 1 y máximo de 5, de acuerdo a ello el resultado se obtiene del promedio del total de los 20 ítems. Esperando resolver sus dudas.  
Saluda Cordialmente  
Dra. Margarita Poblete troncoso

---

**De:** Regina Allande [mailto:[regina.allande@gmail.com](mailto:regina.allande@gmail.com)]  
**Enviado el:** viernes, 08 de julio de 2016 13:07  
**Para:** Margarita Poblete  
**Asunto:** Universidad de Sevilla: una ÚLTIMA PETICIÓN

Buenos días Dra. Poblete,

Disculpe que la moleste con este tercer e-mail.

Releyendo su tesis doctoral, hemos pensado que quizás sería más interesante utilizar el "Nyberg Caring Assessment", en su versión validada al **español**, como "gold estandar" para las curvas ROC.

Por ese motivo, le escribo de nuevo para solicitar su autorización para el uso del mismo en mi Tesis Doctoral. Igualmente, desearía pedirle si puede enviarme, como hizo con el caring efficacy scale, la versión validada del "Nyberg Caring Assessment", e indicarme **cuál es la escala o baremo de corrección de éste último**.

Enormemente agradecida por su ayuda, y por su atención.  
Quedo a su disposición para todo aquello que necesite, y me comprometo a informarle debidamente del proceso de estudio de campo, así como a proteger la autoría de su cuestionario validado al español.

Un saludo,

REGINA ALLANDE CUSSO  
Profesora Dpto. Enfermería  
Universidad de Sevilla  
España

## ANEXO 12: Permiso Dr. Erick Roth para el uso del cuestionario ISS



Regina Allande <regina.allande@gmail.com>

El 21 de julio de 2016, 1:57, ERIC JORGE ROTH UNZUETA <eroth@ucb.edu.bo> escribió:

- Estimada Regina:
- Adjunto a la presente estoy enviando el artículo de referencia que
- incluye
- el mencionado instrumento. Desde luego que puede Ud. utilizarlo. Sin
- embargo estaremos esperando que reconozca su autoría. Atte.
- Eric Roth PhD

---

De: Regina Allande <regina.allande@gmail.com>

Enviado: viernes, 22 de julio de 2016 3:52

Para: ERIC JORGE ROTH UNZUETA

Asunto: Me queda una DUDA respecto al BAREMO de CORRECCIÓN del cuestionario.....

- > Buenos días Dr. Roth,
- >
- > Muchas gracias por su pronta respuesta, y por darme su permiso para usar el
- > cuestionario.
- > \*Tenga por seguro que se reconocerá, en todo momento,\* la autoría del
- > cuestionario en la Tesis Doctoral, correctamente referenciado en la
- > bibliografía y en el texto.
- >
- > Me queda sólo una última pregunta:
- > ¿ Cuál sería el baremo de corrección de su cuestionario ? Es decir ¿ Cómo
- > se corrige, y cuál son los niveles según puntuaciones obtenidas de
- > competencia en habilidades sociales ?
- >
- > Esperando recibir respuesta suya,
- >
- > Muy agradecida,
- >
- > Att. REGINA ALLANDE CUSSO
- > Profesora Dpto. Enfermería, Universidad de Sevilla

---

ERIC JORGE ROTH UNZUETA <eroth@ucb.edu.bo>  
Para: Regina Allande <regina.allande@gmail.com>

22 de julio de 2016, 18:07

Estimada Regina:

El instrumento ha sido desarrollado con in criterio de máxima simplicidad. Cada uno de los ítems permite una respuesta en una escala del 1 al 5 (1= totalmente de acuerdo con la afirmación y 5 Totalmente en desacuerdo con la misma). El análisis procede acumulándose el puntaje total de los valores de la escala (31 como mínima y 155 como máxima). De allí se obtienen tres rangos: 31-72 = baja HS; 73-113 = Media HS; 114-155= Alta HS).

Atte.

Eric Roth

### ANEXO 13: Ejemplo de formulario de respuestas estandarizado

NOMBRE		D.N.I.		NÚMERO	
EJEMPLO		EJEMPLO D.N.I.		EJEMPLO NÚMERO	
9957299		99 57 29 99		99 57 29 99	
TIPO EXAMEN		GRUPO			
RESPUESTAS					
1	21	41	61	81	101
2	22	42	62	82	102
3	23	43	63	83	103
4	24	44	64	84	104
5	25	45	65	85	105
6	26	46	66	86	106
7	27	47	67	87	107
8	28	48	68	88	108
9	29	49	69	89	109
10	30	50	70	90	110
11	31	51	71	91	111
12	32	52	72	92	112
13	33	53	73	93	113
14	34	54	74	94	114
15	35	55	75	95	115
16	36	56	76	96	116
17	37	57	77	97	117
18	38	58	78	98	118
19	39	59	79	99	119
20	40	60	80	100	120
21	41	61	81	101	121
22	42	62	82	102	122
23	43	63	83	103	123
24	44	64	84	104	124
25	45	65	85	105	125
26	46	66	86	106	126
27	47	67	87	107	127
28	48	68	88	108	128
29	49	69	89	109	129
30	50	70	90	110	130

## ANEXO 14: Permiso Comité de Ética en la Investigación de la Junta de Andalucía para el estudio de campo

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES  
Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación  
Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía

### DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/Dª: Jose Salas Turrents como secretario/a del CEI de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío

#### CERTIFICA

Que este Comité refrendará de oficio en la reunión celebrada en el día 29/09/2016 la propuesta de (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

Título del estudio:	EVALUACIÓN DEL NIVEL DE COMPETENCIA EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN ESTUDIANTES DE GRADO EN ENFERMERÍA EN LA PROVINCIA DE SEVILLA - ESTUDIO DE CAMPO ,( EVALUACIÓN NIVEL COMPETENCIA ESTUDIO CAMPO )
Protocolo, Versión:	VFINAL
HIP, Versión:	VFINAL
CI, Versión:	VFINAL

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.



Lo que firmo en a 12/10/2016

D/Dª. Jose Salas Turrents , como Secretario/a del CEI de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío

## CERTIFICA

Que este Comité refrendará de oficio en la sesión a celebrar el 29/09/2016 la propuesta del/de la Promotor/a (No hay promotor/a asociado/a), para realizar el estudio de investigación titulado:

Título del estudio:	EVALUACIÓN DEL NIVEL DE COMPETENCIA EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN ESTUDIANTES DE GRADO EN ENFERMERÍA EN LA PROVINCIA DE SEVILLA - ESTUDIO DE CAMPO ,( EVALUACIÓN NIVEL COMPETENCIA ESTUDIO CAMPO )
Protocolo, Versión:	VFINAL
HIP, Versión:	VFINAL
CI, Versión:	VFINAL

Lo que firmo en a 12/10/2016





## ANEXO 15: Permiso Sr. Decano de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología para la recogida de datos del estudio de campo



**Prof. D. Máximo de la Fuente Ginés**

Decano de la Facultad de Enfermería Fisioterapia y Podología de la  
Universidad de Sevilla

### INFORMA:

Favorablemente la solicitud de la profesora doctoranda Dña. **REGINA ALLENDE CUSSO** para llevar a cabo la recogida de datos en los estudiantes de Enfermería dentro de su Proyecto de Tesis Doctoral, titulado "*Validación transcultural del cuestionario Caring Nurse-Patient Interactions Scale*" durante la presentación de la asignatura de Practicum IV el próximo 30 de Septiembre de 2016 en las tres Unidades Docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla.

Dicha investigación, se enmarca dentro del Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud en la línea doctoral de "Procedimientos clínicos, intervenciones, y resultados en salud" bajo la tutela y dirección de la Dra Ana Mª Porcel Gálvez y la Dra. Juana Macías Seda cumple con los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como el manejo de confidencialidad y anonimato de los datos de los estudiantes implicados en la investigación.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente certificación en Sevilla a cuatro de septiembre de 2016.

Prof. D. Máximo de la Fuente Ginés





## ANEXO 16: Permiso Prof. Dr. José Antonio Ponce Blandón, director del Centro Universitario Cruz Roja de Sevilla, para la recogida de datos en su centro



Universalidad

Unidad

Voluntariado

Independencia

Neutralidad

Imparcialidad

Humanidad

**Dr. D. José Antonio Ponce Blandón**  
**Director del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja (Sevilla)**  
Avda Cruz Roja, 1 dpdo – 41009 Sevilla  
Teléfono: 954350997  
E-mail: japonce@cruzroja.es

Sevilla, 29 de julio de 2016

**Asunto:** Concesión de permiso para llevar a cabo la recogida de datos entre los alumnos de 4º curso de Grado de Enfermería.

De acuerdo a la solicitud presentada por D<sup>a</sup> REGINA ALLANDE CUSO con DNI nº: 43450517K para llevar a cabo la recogida de datos entre los alumnos de 4º curso de Grado en Enfermería, dentro del Proyecto de Tesis "Evaluación del nivel de competencia en la relación enfermera-paciente del alumnado de Grado en Enfermería en la provincia de Sevilla":

Le comunico que, una vez valorado el Protocolo de su investigación, se ha resuelto emitir

**INFORME: favorable** para acceder la recogida de información.

Y para que conste y surta los efectos oportunos firmo la presente en Sevilla a 29 de julio de 2016.

**JOSÉ ANTONIO PONCE BLANDÓN**  
Director del Centro Universitario de  
Enfermería Cruz Roja (Sevilla)

## ANEXO 17: Permiso Dr. Francisco Ventosa Esquinaldo, director del Centro Universitario San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla), para la recogida de datos en su centro

(Véase la parte inferior de la instancia)

A/A Director del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios de Sevilla, adscrito a la Universidad de Sevilla

Apreciado Dr. D. Francisco Ventosa Esquinaldo,

Mi nombre es Regina Allande Cussó, soy profesora asociada en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, y Doctoranda en el Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla – bajo la tutela y dirección de la Dra. Ana M<sup>a</sup> Porcel Gálvez y la Dra. Juana Macías Seda.

Me dirijo a usted para solicitar su conformidad, y obtener su permiso, para llevar a cabo el estudio de campo de mi proyecto de Tesis Doctoral, titulado “Validación transcultural del cuestionario Caring Nurse-Patient Interactions Scale en los centros universitarios de Sevilla que imparten el Grado en Enfermería”.

Le solicito, pues, su consentimiento, por escrito, para llevar a cabo la recogida de datos para el estudio de campo, el próximo 19 de Septiembre de 2016, durante la presentación de la asignatura de Practicum IV. Asimismo, le adjunto a esta solicitud el cuaderno de preguntas, que contiene el consentimiento informado, para que pueda estudiarlos, si procede.

Finalmente, quedo a su disposición para responder cualquier duda respecto al propio estudio y/o su metodología.

Atentamente,

Regina Allande Cussó

[regina.allande@gmail.com](mailto:regina.allande@gmail.com)

662 362 666

Sevilla, Septiembre de 2016

En respuesta a su solicitud, yo Francisco Ventosa Esquinaldo O.H., Director del Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios” le doy permiso para que lleve a cabo su encuestación al alumnado del Practicum IV el próximo 19 de septiembre de 2016 en nuestro centro a las 10h.

Un saludo,

Fdo.: Francisco ventosa Esquinaldo O.H.


## ANEXO 18: Permiso Prof. Antonia García Parejo, directora de la Escuela Universitaria de Osuna (Sevilla), para la recogida de datos en su centro



D<sup>a</sup> Antonia García Parejo

Directora de la Escuela Universitaria de Osuna (Centro Adscrito a la Universidad de Sevilla)

C/ Campo de los cipreses nº 1

Teléfono: 955820289

E-mail: [directora@auosuna.org](mailto:directora@auosuna.org)

Osuna, 25 de Julio de 2016,

**Asunto:** Concesión de permiso para llevar a cabo la recogida de datos entre los alumnos de 4º curso de Grado de Enfermería.

De acuerdo a la solicitud presentada por D<sup>a</sup> REGINA ALLANDE CUSSO con DNI nº: 43450517K para llevar a cabo la recogida de datos entre los alumnos de 4º curso de Grado en Enfermería, dentro del Proyecto de Tesis “Evaluación del nivel de competencia en la relación enfermera-paciente del alumnado de Grado en Enfermería en la provincia de Sevilla”:

Le comunico que, una vez valorado el Protocolo de su investigación, se ha resuelto emitir

**INFORME:** favorable para acceder la recogida de información

Y para que conste y surta los efectos oportunos firmo la presente en Osuna a 25 de Julio de 2016.

ANTONIA GARCÍA PAREJO

Directora de la Escuela Universitaria de Osuna (Sevilla)

## ANEXO 19: Conversación (correo electrónico) mantenida con la Dra. Jean Watson

### a) Primer contacto con la Dra. Jean Watson



Regina Allande <regina.allande@gmail.com>

From UNIVESRITY of SEVILLE (Spain): Prof. REGINA ALLANDE

1 mensaje

Regina Allande <regina.allande@gmail.com>

22 de septiembre de 2017, 12:49

Para: jean@watsoncaringscience.org, jean.watson@ucdenver.edu

Friday, 22nd of September, 2017

Dear Mrs. Watson,

My name is Regina Allande Cusso, and I am an Associate Professor at Faculty of Nursing - University of Seville (Spain). I have finished my doctoral research, and now I am writing the compilation-thesis.

First of all, I would like to introduce, succinctly, my reseach to you:

In Europe ( maybe, in USA too), we are very concerned about the nursing competences that students have to learn in their Nursing Education Program at University. Our Nursing Education Programs have been thought around these competences ( clinical, and others). One of them, is the nurse-patient relationship competence. As an Associate Professor, I am very interested in the teaching-learning procedure related with it.

The first step, If I wanted to assess the results of the Nursing Education about this competence within our last year students (332 students), was looking for a questionnaire wich assess this competences in Spanish. However, I did not find any questionnaire about this competence validated into Spanish.

On account of this, I found the "Caring Nurse-Patient Interactions Scale Questionnaire (CNPI)", made in Montreal-Canadá, and based on your model. It is a very comprehensive questionnaire about the nurse-patient competence, and studying it, I went into detail about your WONDERFUL Nursing Theory.

I decided to make a questionnaire wich assess the nurse-patient competence in CARING Interactions - because I think, and it's only my modest opinion, that the "Caring Moment" is the first step to practice the other Nursing competences-, based on the CNPI questionnaire and ON YOUR MODEL.

Nowadays, we have built the questionnaire "NIC\_CA Nursing Interactions in Caring\_Competence Assessment", using a very strict and rigurous methodologic procedure - based on other published researches that have validated other questionnaires-. We have obtained a 16-item questionnaire, with a 5 factor structure using a confirmatory factorial analysis procedure.

However, **it would be a very big pleasure to ask you for your personal opinion** about the content of the questionnaire; that is, **if the items that are part of the NIC\_CA are showing the essence of your 10 Carative Factor Theory**. We have tried to keep the essence of yout theory, including in the confirmatory factorial analysis - as you know, in this procedure, some items of the original version are delated, to get a factorial structure with a model fit-

Finally, **It would a very big pleasure for me if you accept to read** the 16 items (we have obtained a english version, and a spanish version) that are part of the NIC\_CA, **and send me a little report with your opinion** about if they, in general, show your MODEL, and if NIC\_CA is based on your model.

**I would like to attach your little report to my compilation**, explaining all of this request by email.

I apologize you for my english (I am always attending to a University improving programs in English), and **I am sorry to bother you for asking this request**.

Waiting your answer about my request,

Yours faithfully,

REGINA ALLANDE CUSO ARNP and MNs  
Associate Professor and Doctoral Researcher  
Faculty of Nursing - University of Seville (SPAIN)

**b) Respuesta de la Dra. Jean Watson**



Regina Allande <regina.allande@gmail.com>

---

**Re: From UNIVESRITY of SEVILLE (Spain): Prof. REGINA ALLANDE**

1 mensaje

---

**Jean Watson** <jeanwatson@comcast.net>

25 de septiembre de 2017, 0:34

Para: Regina Allande <regina.allande@gmail.com>

Dear Regina,

Kind thanks for your important scholarship and caring tool development. I appreciate your dedication and interest in having my review. The instrument was not attached. So if you wish to resend to me I will do my best to review and give my impressions and feedback.

i hope this is helpful. Sending you all good wishes for your important scholarship.

In loving kindness, Jean

Jean Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN

Founder/Director

Watson Caring Science Institute [www.watsoncaringscience.org](http://www.watsoncaringscience.org)

Boulder, Colorado 80304 USA

Distinguished Professor and Dean Emerita University of Colorado Denver,

[www.watsoncaringscience.org](http://www.watsoncaringscience.org)

[jeanwatson@comcast.net](mailto:jeanwatson@comcast.net)

[jean@watsoncaringscience.org](mailto:jean@watsoncaringscience.org)

c) Segundo contacto con la Dra. Jean Watson



Regina Allande <regina.allande@gmail.com>

---

**From Prof. REGINA ALLANDE: I send you the NIC\_CA Questionnaire attached**

1 mensaje

---

**Regina Allande** <regina.allande@gmail.com>

25 de septiembre de 2017, 20:38

Para: Jean Watson <jeanwatson@comcast.net>, Jean Watson <jean@watsoncaringscience.org>

Dear Mrs. Watson,

I was expecting you answer about my request, to send you the tool.

I have prepared a report that includes all of the tool's items linked with the Jean Watson's Carative Factors - this is, the Carative Factors which I think would be related with every item-, and the modelization and structural analysis of the tool.

I hope that the NIC\_CA tool - that pretends to ass the competence in nurse-patient interactions in caring- is showing the essence of the Jean Waton's Carative Factor Model.

**It is a very big pleasure** to read your impressions about the NIC\_CA Questionnaire, and I would like to ask you again **if you could send me a little report with your feedback (to attach it to may dissertation).**

Thank you very much for your expert opinion, and your collaboration.

Yours faithfully,

REGINA ALLANDE CUSSO ARNP, RN and MNs  
Associate Professor and Doctoral Researcher  
Faculty of Nursing - University of Seville (SPAIN)  
Mail: [regina.allande@gmail.com](mailto:regina.allande@gmail.com)  
25th of September 2017

**d) Respuesta de la Dra. Jean Watson**



Regina Allande <regina.allande@gmail.com>

---

**Re: From Prof. REGINA ALLANDE: I send you the NIC\_CA Questionnaire attached**

1 mensaje

---

**Jean Watson** <jeanwatson@comcast.net>  
Para: Regina Allande <regina.allande@gmail.com>

3 de octubre de 2017, 4:39

Thank you Regina, for your close development of Caritas items in relation to a questionnaire you have developed.

The items identified are congruent with focus with each Caritas factor.

However, for the following I would suggest you add these additional caritas alignment with the following numbers.  
...see below:

Number 5 - 7, & 9  
Number 9 - 6, 7, 8, & 9  
Number 10 - 1, 2, 3, 4, 5  
Number 12 - 4, 5, 6  
Number 13 - 1, 2, 3, 8, 10  
Number 14 - 4, 5, 6, 10  
Number 15 - 2, 3, 4, 5, 10

I hope this is helpful -wish you much success. See publications again. I cannot find the pdf of Retrospective-prospective but here is original text.

With all good wishes. Jean

Jean Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN  
Founder/Director  
Watson Caring Science Institute [www.watsoncaringscience.org](http://www.watsoncaringscience.org)  
Boulder, Colorado 80304 USA  
Distinguished Professor and Dean Emerita University of Colorado Denver,  
[www.watsoncaringscience.org](http://www.watsoncaringscience.org)  
[jeanwatson@comcast.net](mailto:jeanwatson@comcast.net)  
[jean@watsoncaringscience.org](mailto:jean@watsoncaringscience.org)



e) **Último contacto con la Dra. Jean Watson, en agradecimiento por su opinión experta**



Regina Allande <regina.allande@gmail.com>

---

**From REGINA ALLANDE: Thank your very much for your recommendation**

1 mensaje

---

**Regina Allande** <regina.allande@gmail.com>

4 de octubre de 2017, 9:33

Para: Jean Watson <jeanwatson@comcast.net>, Jean Watson <jean@watsoncaringscience.org>

Dear Mrs. Watson,

Thank you very much for your expert opinion and your recommendations. Of course, I am going to add the additional Caritas Factors to the items you noted.

Likewise, many thanks for the publications wich were attached to your last mail. They will be very interesting to learn more about the models that based your theory.

Finally, I am extremely grateful to you for providing me the oppotrunity to "talk" with you, and for helping me with your expert opinion.

In a few months, I am going to prepare an article to be published in the Journal of Nursing Scholarship, and I hope to deliver my dissertation next year at the University of Seville. I will update you with the latest news.

Please feel free to contact me again should you have any further questions.

Thank you very much.

Yours sincerely,

REGINA ALLANDE CUSSO ARNP, RN and MNs  
Associate Professor and Doctoral Researcher  
Faculty of Nursing - University of Seville (SPAIN)  
Mail: [regina.allande@gmail.com](mailto:regina.allande@gmail.com)  
4th of October 2017



## ANEXO 20: Informe remitido a la Dra. Jean Watson para la validación de contenido

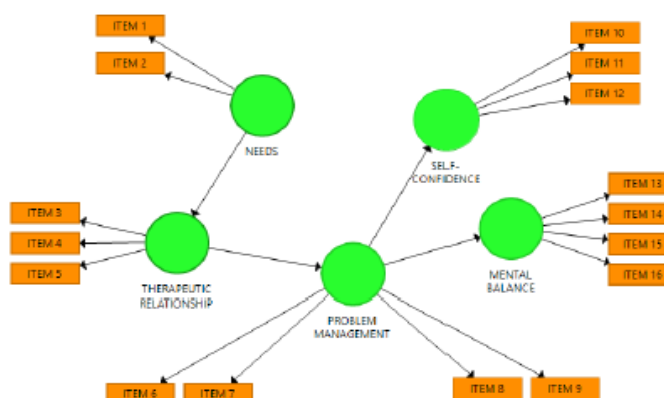
NIC\_CA Questionnaire (Nursing Interactions in Caring \_ Competences Assessment)

Validated in Spain by Allande R, Porcel AM, and Macias J. July of 2017

ITEMS	Jean Watson's CARATIVE FACTORS
1. Help them with the care they cannot administer themselves	Factor 8 and 9
2. Take their basic needs into account (sleeping, hygiene, etc.)	Factor 8 and 9
3. Teach them how to schedule and prepare their medications	Factor 7 and 8
4. Give them indications and means to treat or prevent certain side effects of their medications or treatments	Factor 7 and 8
5. Check if their medications soothe their symptoms (nausea, pain, constipation, anxiety, etc)	Factor 7 and 8
6. Help them to cope with the stress generated by their condition or general situation	Factor 6, 7, and 8
7. Help them to recognize the means to efficiently resolve their problems	Factor 6, 7, and 8
8. Help them to identify, formulate and ask questions about their illness and its treatment	Factor 6, 7, and 8
9. Provide them with the opportunity to practice self-administered care	Factor 6, 7, and 8
10. Help them to find motivation to improve their state of health	Factor 1, 4 and 5
11. Help them to see things from a different point of view	Factor 1, 4 and 5
12. Help them to recognize the means to efficiently resolve their problems	Factor 1, 4 and 5
13. Help them to feel well in their condition	Factor 2, 3 and 10
14. Help them to explore what is important in their life	Factor 2, 3 and 10
15. Help them to explore the meaning that they give to their health condition	Factor 2, 3 and 10
16. Help them to look for a certain equilibrium/balance in their life	Factor 2, 3 and 10

### MODELIZATION AND STRUCTURAL ANALYSIS

(Made by Smart PLS Software<sup>1</sup>, using "Partial Least Squares Regression" model)



<sup>1</sup> Ringle, C. M., Wende, S. y Becker, J. M. 2015 "SmartPLS 3." Boenningstedt: SmartPLS GmbH, <http://www.smartpls.com>.

## ANEXO 21: Estándares de calidad de la guía COSMIN aplicados al cuestionario NI\_CA (160)

### CONSISTENCIA INTERNA

Box A. Internal consistency		excellent	good	fair	poor
1	Does the scale consist of effect indicators, i.e. is it based on a reflective model?				
<i>Design requirements</i>					
2	Was the percentage of missing items given?	Percentage of missing items described ✓	Percentage of missing items NOT described		
3	Was there a description of how missing items were handled?	Described how missing items were handled ✓	Not described but it can be deduced how missing items were handled	Not clear how missing items were handled	
4	Was the sample size included in the internal consistency analysis adequate?	Adequate sample size (≥100) ✓	Good sample size (50-99)	Moderate sample size (30-49)	Small sample size (<30)
5	Was the unidimensionality of the scale checked? i.e. was factor analysis or IRT model applied?	Factor analysis performed in the study population ✓	Authors refer to another study in which factor analysis was performed in a similar study population	Authors refer to another study in which factor analysis was performed, but not in a similar study population	Factor analysis NOT performed and no reference to another study
6	Was the sample size included in the unidimensionality analysis adequate?	7* #items and ≥100 ✓	5* #items and ≥100 OR 6-7* #items but <100	5* #items but <100	<5* #items
7	Was an internal consistency statistic calculated for each (unidimensional) (sub)scale separately?	Internal consistency statistic calculated for each subscale separately ✓			Internal consistency statistic NOT calculated for each subscale separately
8	Were there any important flaws in the design or methods of the study?	No other important methodological flaws in the design or execution of the study ✓		Other minor methodological flaws in the design or execution of the study	Other important methodological flaws in the design or execution of the study
<i>Statistical methods</i>					
9	for Classical Test Theory (CTT), continuous scores: Was Cronbach's alpha calculated?	Cronbach's alpha calculated ✓		Only item-total correlations calculated	No Cronbach's alpha and no item-total correlations calculated
10	for CTT, dichotomous scores: Was Cronbach's alpha or KR-20 calculated?	Cronbach's alpha or KR-20 calculated ✓		Only item-total correlations calculated	No Cronbach's alpha or KR-20 and no item-total correlations calculated
11	for IRT: Was a goodness of fit statistic at a global level calculated? E.g. $\chi^2$ , reliability coefficient of estimated latent trait value (index of (subject or item) separation)	Goodness of fit statistic at a global level calculated ✓			Goodness of fit statistic at a global level NOT calculated

## FIABILIDAD

	excellent	good	fair	poor
<i>Design requirements</i>				
1 Was the percentage of missing items given?	Percentage of missing items described	Percentage of missing items NOT described ✓		
2 Was there a description of how missing items were handled?	Described how missing items were handled ✓	Not described but it can be deduced how missing items were handled	Not clear how missing items were handled	
3 Was the sample size included in the analysis adequate?	Adequate sample size (≥100) ✓	Good sample size (50-99)	Moderate sample size (30-49)	Small sample size (<30)
4 Were at least two measurements available?	At least two measurements			Only one measurement ✓
5 Were the administrations independent?	Independent measurements ✓	Assumable that the measurements were independent	Doubtful whether the measurements were independent	Measurements NOT independent
6 Was the time interval stated?	Time interval stated		Time interval NOT stated	✓
7 Were patients stable in the interim period on the construct to be measured?	Patients were stable (evidence provided)	Assumable that patients were stable	Unclear if patients were stable	Patients were NOT stable
8 Was the time interval appropriate?	Time interval appropriate		Doubtful whether time interval was appropriate	Time interval NOT appropriate
9 Were the test conditions similar for both measurements? (e.g. type or administration, environment, instructions)	Test conditions were similar (evidence provided)	Assumable that test conditions were similar	Unclear if test conditions were similar	Test conditions were NOT similar
10 Were there any important flaws in the design or methods of the study?	No other important methodological flaws in the design or execution of the study ✓		Other minor methodological flaws in the design or execution of the study	Other important methodological flaws in the design or execution of the study

[Ítems 6, 7, 8 y 9 no han sido contestados, porque hacen referencia a instrumentos validados sobre pacientes]

## VALIDEZ DE CONTENIDO

	excellent	good	fair	poor
<i>General requirements</i>				
1 Was there an assessment of whether all items refer to relevant aspects of the construct to be measured?	Assessed if all items refer to relevant aspects of the construct to be measured ✓		Aspects of the construct to be measured poorly described AND this was not taken into consideration	NOT assessed if all items refer to relevant aspects of the construct to be measured
2 Was there an assessment of whether all items are relevant for the study population? (e.g. age, gender, disease characteristics, country, setting)	Assessed if all items are relevant for the study population in adequate sample size (≥10) ✓	Assessed if all items are relevant for the study population in moderate sample size (5-9)	Assessed if all items are relevant for the study population in small sample size (<5)	NOT assessed if all items are relevant for the study population OR target population not involved
3 Was there an assessment of whether all items are relevant for the purpose of the measurement instrument? (discriminative, evaluative, and/or predictive)	Assessed if all items are relevant for the purpose of the application ✓	Purpose of the instrument was not described but assumed	NOT assessed if all items are relevant for the purpose of the application	
4 Was there an assessment of whether all items together comprehensively reflect the construct to be measured?	Assessed if all items together comprehensively reflect the construct to be measured ✓		No theoretical foundation of the construct and this was not taken into consideration	NOT assessed if all items together comprehensively reflect the construct to be measured
5 Were there any important flaws in the design or methods of the study?	No other important methodological flaws in the design or execution of the study ✓		Other minor methodological flaws in the design or execution of the study	Other important methodological flaws in the design or execution of the study

## VALIDEZ DE ESTRUCTURA

	excellent	good	fair	poor
1 Does the scale consist of effect indicators, i.e. is it based on a reflective model?				
<i>Design requirements</i>				
2 Was the percentage of missing items given?	Percentage of missing items described	Percentage of missing items NOT described ✓		
3 Was there a description of how missing items were handled?	Described how missing items were handled ✓	Not described but it can be deduced how missing items were handled	Not clear how missing items were handled	
4 Was the sample size included in the analysis adequate?	7* #items and ≥100 ✓	5* #items and ≥100 OR 5-7* #items but <100	5* #items but <100	<5* #items
5 Were there any important flaws in the design or methods of the study?	No other important methodological flaws in the design or execution of the study ✓		Other minor methodological flaws in the design or execution of the study (e.g. rotation method not described)	Other important methodological flaws in the design or execution of the study (e.g. inappropriate rotation method)
<i>Statistical methods</i>				
6 for CTT: Was exploratory or confirmatory factor analysis performed?	Exploratory or confirmatory factor analysis performed and type of factor analysis appropriate in view of existing information ✓	Exploratory factor analysis performed while confirmatory would have been more appropriate		No exploratory or confirmatory factor analysis performed
7 for IRT: Were IRT tests for determining the (uni-) dimensionality of the items performed?	IRT test for determining (uni)dimensionality performed ✓			IRT test for determining (uni)dimensionality NOT performed

## ADAPTACIÓN CULTURAL

	excellent	good	fair	poor
<i>Design requirements</i>				
1 Was the percentage of missing items given?	Percentage of missing items described	Percentage of missing items NOT described ✓		
2 Was there a description of how missing items were handled?	Described how missing items were handled ✓	Not described but it can be deduced how missing items were handled	Not clear how missing items were handled	
3 Was the sample size included in the analysis adequate?	CTT: 7* #items and ≥100 IRT: ≥200 per group ✓	CTT: 5* #items and ≥100 OR 5-7* #items but <100 IRT: ≥200 in 1 group and 100-199 in 1 group	CTT: 5* #items but <100 IRT: 100-199 per group	CTT: <5* #items IRT: (<100 in 1 or both groups
4 Were both the original language in which the HR-PRO instrument was developed, and the language in which the HR-PRO instrument was translated described?	Both source language and target language described ✓			Source language NOT known
5 Was the expertise of the people involved in the translation process adequately described? e.g. expertise in the disease(s) involved, expertise in the construct to be measured, expertise in both languages	Expertise of the translators described with respect to disease, construct, and language ✓	Expertise of the translators with respect to disease or construct poor or not described	Expertise of the translators with respect to language not described	
6 Did the translators work independently from each other?	Translators worked independent ✓	Assumable that the translators worked independent	Unclear whether translators worked independent	Translators worked NOT independent
7 Were items translated forward and backward?	Multiple forward and multiple backward translations ✓	Multiple forward translations but one backward translation	One forward and one backward translation	Only a forward translation
8 Was there an adequate description of how differences between the original and translated versions were resolved?	Adequate description of how differences between translators were resolved ✓	Poorly or NOT described how differences between translators were resolved		
9 Was the translation reviewed by a committee (e.g. original developers)?	Translation reviewed by a committee (involving other people than the translators, e.g. the original developers) ✓	Translation NOT reviewed by (such) a committee		
10 Was the HR-PRO instrument pre-tested (e.g. cognitive interviews) to check interpretation, cultural relevance of the translation, and ease of comprehension?	Translated instrument pre-tested in the target population ✓	Translated instrument pre-tested, but unclear if this was done in the target population	Translated instrument pre-tested, but NOT in the target population	Translated instrument NOT pre-tested
11 Was the sample used in the pre-test adequately described?	Sample used in the pre-test adequately described ✓		Sample used in the pre-test NOT (adequately) described	
12 Were the samples similar for all characteristics except language and/or cultural background?	Shown that samples were similar for all characteristics except language /culture ✓	Stated (but not shown) that samples were similar for all characteristics except language /culture	Unclear whether samples were similar for all characteristics except language /culture	Samples were NOT similar for all characteristics except language /culture
13 Were there any important flaws in the design or methods of the study?	No other important methodological flaws in the design or execution of the study ✓		Other minor methodological flaws in the design or execution of the study	Other important methodological flaws in the design or execution of the study
14 for CTT: Was confirmatory factor analysis performed?	Multiple-group confirmatory factor analysis performed ✓			Multiple-group confirmatory factor analysis NOT performed
15 for IRT: Was differential item function (DIF) between language groups assessed?	DIF between language groups assessed ✓			DIF between language groups NOT assessed

## VALIDEZ DE CRITERIO

	excellent	good	fair	poor
<i>Design requirements</i>				
1 Was the percentage of missing items given?	Percentage of missing items described	Percentage of missing items NOT described ✓		
2 Was there a description of how missing items were handled?	Described how missing items were handled ✓	Not described but it can be deduced how missing items were handled	Not clear how missing items were handled	
3 Was the sample size included in the analysis adequate?	Adequate sample size (≥100) ✓	Good sample size (50-99)	Moderate sample size (30-49)	Small sample size (<30)
4 Can the criterion used or employed be considered as a reasonable 'gold standard'?	Criterion used can be considered an adequate 'gold standard' (evidence provided) ✓	No evidence provided, but assumable that the criterion used can be considered an adequate 'gold standard'	Unclear whether the criterion used can be considered an adequate 'gold standard'	Criterion used can NOT be considered an adequate 'gold standard'
5 were there any important flaws in the design or methods of the study?	No other important methodological flaws in the design or execution of the study ✓		Utter minor methodological flaws in the design or execution of the study	Utter important methodological flaws in the design or execution of the study
<i>Statistical methods</i>				
6 for continuous scores: Were correlations, or the area under the receiver operating curve calculated?	Correlations or AUC calculated ✓			Correlations or AUC NOT calculated
7 for dichotomous scores: Were sensitivity and specificity determined?	Sensitivity and specificity calculated			Sensitivity and specificity NOT calculated ✓

## ANEXO 22: Cuestionario “Nursing Interactions in Caring \_ Competence Assessment (NIC\_CA)”

¿En qué medida te sientes competente (tienes conocimientos, habilidades y/o actitudes) o cómoda/o con las actitudes y comportamientos enumerados en cada uno de los siguientes enunciados?

- A. Nada en absoluto**
- B. Poco**
- C. Bastante**
- D. Mucho**
- E. Extremadamente**

1. Llamar su atención hacia aspectos positivos sobre ellos y su estado de salud
2. Ayudarlos a encontrar motivación para mejorar su estado de salud
3. Ayudarles a afrontar el estrés generado por su condición o situación general
4. Ayudarles a ver las cosas desde un punto de vista diferente
5. Ayudarles a reconocer los medios para resolver eficazmente sus problemas
6. Ayudarles a identificar, formular, y hacer preguntas sobre su enfermedad y tratamiento
7. Darles la oportunidad de practicar el autocuidado
8. Enseñarles cómo programar y preparar su medicación
9. Darles indicaciones y medios para tratar o prevenir efectos secundarios de su medicación u otro tratamiento
10. Comprobar si sus medicamentos alivian sus síntomas (por ejemplo: náuseas, dolor, constipado, ansiedad, etc...)
11. Ayudarles con aquellos cuidados que no pueden administrarse ellos mismos
12. Tener en cuenta sus necesidades básicas (por ejemplo: dormir, higiene, etc.)
13. Ayudarles a sentirse bien con ellos mismos
14. Ayudarles a explorar qué es importante en sus vidas
15. Ayudarles a averiguar el significado que dan a su estado de salud
16. Ayudarles a recuperar un cierto equilibrio en su vida