

Loreto María García Moyano

Constructo de un instrumento para la valoración del compromiso profesional en la enfermería española

Departamento
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es
Delgado Marroquín, María Teresa
Altisent Trota, Rogelio

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

**CONSTRUCTO DE UN INSTRUMENTO
PARA LA VALORACIÓN DEL
COMPROMISO PROFESIONAL EN LA
ENFERMERÍA ESPAÑOLA**

Autor

Loreto María García Moyano

Director/es

Delgado Marroquín, María Teresa
Altisent Trota, Rogelio

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2017

**Construcción de un instrumento
para la valoración del compromiso
profesional en la enfermería
española**

Tesis Doctoral

Loreto María García Moyano

Universidad de Zaragoza

Huesca, Marzo 2017

D. Rogelio Altisent Trota, Doctor en Medicina, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y profesor asociado del Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología de la Universidad de Zaragoza.

Dña. María Teresa Delgado Marroquín, Doctora en Medicina, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y profesora asociada del Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología de la Universidad de Zaragoza.

Certifican, que la memoria de la tesis doctoral titulada:

“CONSTRUCTO DE UN INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DEL
COMPROMISO PROFESIONAL EN LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA”

Presentada por D^a Loreto María García Moyano, diplomada en Enfermería, para aspirar al grado de Doctor, ha sido realizada bajo su dirección en todas las etapas, reflejando con fidelidad los resultados obtenidos.

Tras haber revisado este documento lo encuentran conforme para ser presentado, defendido en público, y juzgado en su momento por el Tribunal que a su efecto se designe.

Lo que firman en Zaragoza, a 17 de marzo de 2017.

Fdo.:

Dr. Rogelio Altisent Trota

Dra. María Teresa Delgado Marroquín

**Constructo de un instrumento para la valoración
del compromiso profesional en la enfermería
española**

**Memoria para optar al grado de Doctor por la Universidad de
Zaragoza**

Loreto María García Moyano

Huesca, Marzo 2017

Dirigida por los Doctores:

Rogelio Altisent Trota

María Teresa Delgado Marroquín

A Christian por quererme tan bien y ser mi compañero de vida.

“Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él”

Florence Nightingale (1820-1910)

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han colaborado directamente en el desarrollo de esta investigación, en especial, a mis directores de Tesis, los Doctores Rogelio Altisent y M^a Teresa Delgado, a Visitación Ortega Riba, por su ayuda en la obtención de los documentos, y a Eva María Andrés por su asesoramiento en los aspectos metodológicos.

A Fred Tromp y resto de autores de la versión original de la Escala de Profesionalidad *Nijmegen*, por permitirme realizar el proceso de traducción y validación de su trabajo, facilitarme la documentación y las aclaraciones necesarias y en definitiva, por su ilusión e interés.

A las personas que han colaborado desinteresadamente en el proceso de traducción y retrotraducción: Begoña Buil, Raúl Juárez, Isabel Antón, Xabel Ayerdi y a los traductores profesionales Darren Hart y John Ripoll por su colaboración más allá de sus funciones específicas.

A quienes, como expertos, han colaborado en el proceso de *debriefing*: Begoña Pellicer, Blanca Martínez, Francisca Palmero, Blanca Gay, Raúl Frechín, Loreto Abadía, Oihana Arrazola, Sergio Andreu, Natalia Barrio, Lourdes Corral, África Moyano, Concha Larey, Jara Tabueña, Amparo Moyano, Sandra Guerrero, Irene Fácil, Patricia Mirasol, Ana Gómez, Luis Hijós, Laura Lorén e Isabel Sanclemente.

A todos los profesionales enfermeros, que han dedicado su tiempo a colaborar y realizar aportaciones, más que valiosas, para el desarrollo de la fase de validación y pilotaje.

Al Grupo de Investigación en Bioética del Instituto de Investigación Sanitaria Aragón y a la Universidad de Zaragoza por su impulso, apoyo y por su interés creciente hacia la bioética.

A la Fundació Víctor Grífols i Lucas que ha contribuido a financiar este proyecto mediante la concesión desinteresada de una beca en 2015.

Igualmente, a todas las personas que, de un modo u otro, han hecho posible este trabajo, han estado a mi lado, han creído en este proyecto y en mi capacidad para desarrollarlo, en especial, a Christian, a nuestra familia y amigos.

Índice

1.Introducción.....	15
1.1. Estado actual del tema.....	15
1.2. Antecedentes en la literatura en castellano sobre el estudio del compromiso profesional.....	19
2.Justificación.....	22
3. Hipótesis y objetivos.....	25
3.1. Hipótesis.....	25
3.2. Objetivos.....	25
4. Material y métodos.....	26
4.1. Tipo de estudio.....	26
4.1.1. Revisión bibliográfica en profundidad.....	26
4.1.2. Constructo y validación del instrumento.....	28
4.1.2.1. Ámbito: El contexto de la enfermería en España.....	30
4.1.2.2. Instrumento: Escala de Profesionalidad <i>Nijmegen</i>	32
4.1.2.3. Adaptación del instrumento a la enfermería española.....	33
4.2. Procedimiento.....	36
4.2.1. Proceso de revisión bibliográfica y análisis de concepto.....	36
4.2.2. Procedimiento de adaptación de la Escala <i>Nijmegen</i> a la enfermería española.....	42
4.2.2.1. <i>Translation-back translation method</i> (método traducción retrotraducción).....	44
4.2.2.2. <i>Debriefing</i>	44
4.2.2.3. Validación y pilotaje del cuestionario traducido y adaptado.....	46
4.2.2.4. Representatividad de los participantes, muestra.....	49
4.3. Procedimientos estadísticos.....	53

5. Consideraciones éticas.....	56
6. Resultados.....	57
6.1. Revisión bibliográfica en profundidad.....	57
6.1.1. Bibliométricos.....	62
6.1.2. Análisis de concepto.....	154
6.2. Constructo y validación del instrumento.....	174
6.2.1. Traducción, adaptación transcultural y lingüística.....	174
6.2.2. Validación y fase de pilotaje.....	185
7. Discusión.....	199
7.1. Resultados principales y comparación con la bibliografía.....	199
7.1.1. Revisión bibliográfica en profundidad.....	199
7.1.2. Constructo y validación del instrumento.....	204
7.2. Interpretabilidad de los resultados obtenidos mediante el uso de la Escala de Valoración Española del Compromiso Profesional en Enfermería (EVECPE).....	207
7.3. Sesgos y limitaciones.....	209
7.3.1. Revisión bibliográfica en profundidad.....	209
7.3.2. Constructo y validación del instrumento.....	209
7.4. Aportaciones y líneas de investigación futuras.....	211
8. Conclusiones.....	212
9. Referencias bibliográficas.....	214
10. Anexos.....	233
Anexo I. <i>Nijmegen Professionalism Scale</i>	233
Anexo II. Versión del Instrumento Compromiso Profesional de Enfermería (CPE) apta para el proceso de <i>debriefing</i>	239
Anexo III. Hoja Informativa y Consentimiento Informado para la participación en la fase de traducción, adaptación transcultural y lingüística.....	245

Anexo IV. Instrumento Compromiso Profesional de Enfermería (CPE). Versión electrónica.....	249
Anexo V. Hoja Informativa y Consentimiento Informado para la participación en la fase de pilotaje.....	261
Anexo VI. Autorización del autor principal, Fred Tromp, para el uso de la Escala <i>Nijmegen</i>	264
Anexo VII. Informe dictamen favorable Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).....	265
Anexo VIII. Características, resultados, conclusiones y evaluación de originales seleccionados en la búsqueda en profundidad que usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional en inglés.....	266
Anexo IX. Características, resultados, conclusiones y evaluación de originales seleccionados en la búsqueda en profundidad que no usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional en inglés.....	304
Anexo X. Características, resultados, conclusiones y términos sustitutos de los originales seleccionados para realizar el análisis concepto en inglés.....	326
Anexo XI. Escala de Valoración Española del Compromiso Profesional en Enfermería (EVECPE).....	335

Índice de tablas

Tabla 1. Características de los originales seleccionados en la búsqueda en profundidad, que usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional.....	65
Tabla 2. Resultados, conclusiones y evaluación de la calidad de los originales seleccionados en la búsqueda en profundidad. que usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional.....	87
Tabla 3. Características de los originales seleccionados en la búsqueda en profundidad, que no usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional.....	117
Tabla 4. Resultados, conclusiones y evaluación de la calidad de los originales seleccionados en la búsqueda en profundidad, que no usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional.....	132
Tabla 5. Características, resultados, conclusiones y términos usados por los originales seleccionados, para realizar el análisis concepto.....	156
Tabla 6. Valoraciones de los participantes sobre los ítems en el proceso de traducción...	174
Tabla 7. Valoraciones de los participantes sobre los ítems en el proceso de síntesis.....	175
Tabla 8. Valoraciones de los participantes sobre los ítems en el proceso de <i>back translation</i>	176
Tabla 9. Valoraciones de los investigadores principales sobre la correspondencia de los ítems con la versión original, tras finalizar todo el proceso.....	177
Tabla 10. Valoraciones de los participantes del <i>debriefing</i> sobre los ítems de la Dimensión I, y su relación con los criterios de descarte y modificación.....	179
Tabla 11. Valoraciones de los participantes del <i>debriefing</i> sobre los ítems de la Dimensión II, y su relación con los criterios de descarte y modificación.....	180
Tabla 12. Valoraciones de los participantes del <i>debriefing</i> sobre los ítems de la Dimensión III, y su relación con los criterios de descarte y modificación.....	181
Tabla 13. Valoraciones de los participantes del <i>debriefing</i> sobre los ítems de la Dimensión IV, y su relación con los criterios de descarte y modificación.....	182
Tabla 14. Valoraciones de los participantes del <i>debriefing</i> sobre el instrumento en general.....	184
Tabla 15. Características sociodemográficas (variables cualitativas) de los participantes de la fase pilotaje.....	186

Tabla 16. Características sociodemográficas (variables cuantitativas) de los participantes de la fase pilotaje.....	187
Tabla 17. Índice de Kaiser Meyer y Olkin (KMO) de cada ítem, fase de pilotaje.....	193
Tabla 18. Varianza por factor y valor acumulado de los factores, fase de pilotaje.....	194
Tabla 19. Matriz de cargas factoriales, fase de pilotaje.....	195
Tabla 20. Coeficiente alfa de Crombach de cada dimensión, fase de pilotaje.....	196
Tabla 21. Coeficiente de correlación de Spearman de cada ítem, fase de pilotaje.....	197

Índice de figuras

Figura 1. <i>The guidelines for the process of cross-cultural adaptation</i>	35
Figura 2. Proceso de depuración de referencias encontradas en la búsqueda en profundidad.....	39
Figura 3. <i>Rodgers' evolutionary concept analysis process</i>	41
Figura 4. Procedimiento de adaptación de la Escala Nijmegen a la enfermería española.....	43
Figura 5. <i>The quality criteria for psychometric properties of health status questionnaire</i>	48
Figura 6. Proceso y resultados de la revisión bibliográfica en profundidad.....	61
Figura 7. Características de los originales analizados en la búsqueda en profundidad.....	63
Figura 8. Proceso de depuración de referencias encontradas en la búsqueda en profundidad para realizar el análisis de concepto.....	154

Índice de gráficos

Gráfico 1. Comparación de las características sociodemográficas (variables cualitativas) descritas por Rodríguez & Bosch (2005), con los participantes de la fase de pilotaje.....	52
Gráfico 2. Comparación de las características sociodemográficas (variables cuantitativas) descritas por Rodríguez & Bosch (2005), con los participantes de la fase de pilotaje.....	52
Gráfico 3. Distribución de la característica “Sexo” de los participantes de la fase de pilotaje.....	187
Gráfico 4. Distribución de la característica “Edad” de los participantes de la fase de pilotaje.....	188
Gráfico 5. Distribución de la característica “Personas a cargo” de los participantes de la fase de pilotaje.....	188
Gráfico 6. Distribución de la característica “Nivel académico” de los participantes de la fase de pilotaje.....	189
Gráfico 7. Distribución de la característica “Años en ejercicio profesional” de los participantes de la fase de pilotaje.....	189
Gráfico 8. Distribución de la característica “Puesto actual” de los participantes de la fase de pilotaje.....	190
Gráfico 9. Distribución de la característica “Años en el puesto actual” de los participantes de la fase de pilotaje.....	190
Gráfico 10. Distribución de la característica “Función principal” de los participantes de la fase de pilotaje.....	191
Gráfico 11. Distribución de la característica “Relación contractual con el Servicio Aragonés de Salud (SALUD)” de los participantes de la fase de pilotaje.....	191
Gráfico 12. Distribución de la característica “Dedicación actual” de los participantes de la fase de pilotaje.....	192

1. Introducción

1.1. Estado actual del tema

Si se pretendiera determinar o definir la profesión Enfermera, su significado o su esencia con una sola palabra, esta sería “cuidado” (Santacruz, 2006). De hecho, según Henderson (2006), autora de uno de los modelos de enfermería más influyentes de nuestro tiempo, este es el elemento universal de la enfermería que ayuda a los seres humanos a desarrollar su independencia. No obstante, el cuidado profesional no debería ser entendido simplemente como la acción o el arte de proporcionar herramientas que sirvan para mejorar o aliviar la enfermedad, sino que, en una visión más amplia, debería entenderse como la acción de proporcionar el mayor bienestar, ya sea físico, psíquico o psicosocial a la persona atendida (Prieto, 2007).

El cuidado tiene hoy en día una concepción filosófica, antropológica, psicológica, social, espiritual y además la biológica que es ineludible (Busquets, 2004). De hecho, la filosofía y la ética como disciplinas, se han interesado en su estudio y definición (Arroyo, 2003). Cuidar se define como una forma de relacionarse con otro, por quien uno siente compromiso y responsabilidad (Swanson, 1993), esta condición se da en la cotidianidad y en todos los espacios en que una persona vive y se desarrolla, es por tanto una característica esencial de la condición humana, tan antigua como nuestra especie y en este sentido toda persona tiene la capacidad de cuidar (Prieto, 2007). No obstante, entender el cuidado de enfermería, se debe hacer a la luz de los valores y principios éticos que emergen de su propia disciplina (Alvarado, 2004). Justamente el cuidado profesional como actividad de cuidado estandarizada y protocolizada, en una labor profesional regulada, no debe ser entendido como una simple entidad y no puede medirse en sentido estricto, ya que el cuidar abarca tanto el aspecto instrumental, como el existencial o expresivo de la enfermería (Davis, 2006), que además, como toda acción humana, está dotada de aspectos morales y éticos (Busquets, 2004; Gándara, 2008; Santacruz, 2006). Aún siendo entonces el cuidado, percibido como eje central de la enfermería, se trata de un concepto de difícil concreción que no puede reducirse solo a habilidades, sino que posee un significado implícito difícil de concretar (Morse, Bottorff, Neander & Solberg, 1991; Watson, 1987). Debido a esta dificultad, los últimos avances se han centrado en aumentar la organización y la calidad técnica y clínica de los cuidados, en cuanto al uso de recursos y prestaciones. En la actualidad, todo ello es

evaluado a partir de indicadores de obligado cumplimiento por parte de los profesionales, dejando de lado el estudio y la evaluación de otros aspectos tanto o más importantes como son: el acompañamiento, la empatía, la confidencialidad y en definitiva los aspectos que podrían definir una buena relación terapéutica (Calvo, Ayala, Holmqvist & Molina, 2011). En concreto, en lo que atañe a los profesionales enfermeros, se podría decir que una adecuada relación terapéutica depende de su propio compromiso profesional. Este concepto amplio y de difícil concreción, es la clave para comprender la diferencia entre el cuidado como actividad enfermera profesional y la actividad espontánea de cuidado (Feito, 2005).

Durante siglos, se ha identificado a la enfermería como una semi-profesión por su falta de educación universitaria, de autonomía y de escasez de teoría e investigación. Es por ello que durante años, las investigaciones se han centrado más en los avances tecnológicos y clínicos y en la demostración de la Práctica Basada en la Evidencia, que en los aspectos menos tangibles de la profesión. La enfermería ha cambiado en las últimas tres décadas debido a los avances en la formación, la investigación y la adjudicación de funciones propias, en un proceso de adquisición de protagonismo y autonomía, con un interés creciente por el estudio del concepto de compromiso profesional (Ghadirian, Salsali & Cheraghi, 2014; Tanaka, Taketomi, Yonemitsu & Kawamoto, 2014a; Tanaka, Yonemitsu & Kawamoto, 2014b). En cambio, siendo este un constructo relativamente nuevo, sí ha sido estudiado de manera más profunda y prolongada en la profesión médica. La razón fundamental que ha llevado a varios autores a estudiar dicho concepto en el ámbito de la enfermería, especialmente en los últimos años, ha sido la preocupación ante la escasez de profesionales, y la situación de abandono de la profesión a nivel mundial (Brunetto, et al., 2013; Caricati, et al., 2014; Catlett & Lovan, 2011; Chang, 2014; Drey, Gould & Allan, 2009; Huang, You & Tsai, 2012; Hwang, et al., 2009; Jafaraghaee, Mehrdad & Parvizy, 2014; Jahangir & Shokrpour, 2009; Manojlovich, 2010; McCabe & Sambrook, 2013; Royer, 2011; Trincherro, Borgonovi & Farr, 2014; Tsai, Tsai, Chen & Lee, 2014; Van der Heijden, Van Dam & Hasselhorn, 2009; Wang, Tao, Ellenbecker & Liu, 2012; Zakari, Al Khamis & Hamadi, 2010), buen ejemplo de ello es la contratación casi permanente de enfermeros del extranjero en los Estados Unidos de América (Kim, Baek & Wynd, 2010).

La atención a la salud está en constante cambio y transformación, debido a factores como el aumento de la exigencia de altos estándares de calidad, los avances en la formación,

la mejora en la práctica de las profesiones sanitarias, el aumento del envejecimiento, de la demanda de atención, de la autonomía, de las expectativas y del reconocimiento de los derechos de los pacientes. Todo esto influye en la naturaleza de la organización de la salud que debería traducirse, en teoría, en una mayor profesionalidad, lo que supone otra razón para el interés creciente sobre el concepto. Por otro lado, hay que tener en cuenta que por su propia condición, los hospitales y otros lugares donde se proporcionan servicios sanitarios, son ambientes complejos, que combinan diferentes grupos profesionales que debido a los actuales cambios económicos, cuentan con plantillas limitadas, mayores cargas de trabajo y disminución de los recursos, lo que genera que las profesiones sanitarias estén sufriendo constantes síntomas de agotamiento y descontento: aumenta el número de conflictos, el estrés, el desgaste profesional y la insatisfacción (Ahmad & Oranye, 2010; Brunetto, et al., 2013; Gambino, 2010; Hwang, et al., 2009; Zakari, et al., 2010). En concreto, el colectivo enfermero es considerado uno de los grandes grupos de riesgo a padecer el llamado síndrome del *burnout* o “síndrome de estar quemado”, debido a su alto grado de relación con el paciente. Estas situaciones, generadas por una serie de factores difíciles de modificar que están bastante condicionados por la falta de recursos, provocan la búsqueda de recursos motivacionales de bajo coste, que promuevan de manera individual, el compromiso con la profesión que se ha identificado como un factor relevante en los estudios que abordan estas problemáticas (Gambino, 2010). Se propone, por otro lado, que este concepto podría ser reflejo de la enfermería en general. Altschul, sugiere que cuando un grupo de profesionales demuestran un alto nivel de compromiso, esto se asocia con el perfil general de la profesión, lo que mejoraría la percepción de la enfermería por parte de la sociedad (Citado en Drey, et al., 2009).

Básicamente se diferencian en la literatura dos tipos de compromiso: el organizacional y el profesional. El compromiso organizacional ha sido muy estudiado y se ha demostrado su relación con el *turnover* (rotación) y abandono de la profesión. El compromiso profesional engloba las actitudes ante el trabajo y parece ser que está relacionado, con la permanencia en el puesto de trabajo y la satisfacción laboral (Drey, et al., 2009).

Es en las décadas de los 80 y 90 cuando la literatura muestra, un incremento en los estudios sobre el compromiso organizacional que se creía íntimamente relacionado con el esfuerzo y el bajo *turnover*, el absentismo, la insatisfacción en el trabajo, etc. No obstante,

parece ser que ninguno de estos fenómenos se ha explicado únicamente con la ayuda y el desarrollo de este concepto, es decir, no ha tenido la magnitud esperada, es por ello que algunos autores ponen incluso en duda el interés en seguir investigando sobre el mismo (Cohen & Veled, 2010).

Casi de forma paralela surge el estudio sobre el compromiso profesional, especialmente para mejorar la idea inicial, sobre la influencia exclusiva del compromiso organizacional en la conducta negativa de los profesionales en el ámbito laboral (Cohen & Veled, 2010). Este concepto ha sido estudiado por diversas profesiones, pero es en aquellas dedicadas a la prestación de servicios de salud donde se ha estudiado de manera más profunda, debido a su naturaleza cambiante, las diferencias generacionales de quienes la ejercen y la reciben y los avances tecnológicos. El concepto se cita a menudo como condicionante de la satisfacción y la fidelización laboral (Brunetto, et al., 2013; Caricati, et al., 2014; Hwang, et al., 2009), y se ha llegado a demostrar su gran influencia en varios aspectos: un sentimiento de profesionalidad se ha relacionado directamente con el aumento de la motivación, del compromiso organizacional y de niveles altos de calidad, un bajo nivel de compromiso se ha relacionado con el aumento de la intención de abandono, del estrés, de los errores y de la discontinuidad en la atención sanitaria (Beukes & Botha, 2013; Galletta, Portoghese, Coppola, Finco & Campagna, 2014; Hsu, Chiang, Chang, Huang & Chen, 2013; Wang, et al., 2012).

Diversos estudios han demostrado que la imagen personal del concepto y el tipo de personalidad, no son suficientes para predecir la conducta, por ello es necesario incluir en el estudio del compromiso profesional, además de la concepción abstracta, el conflicto, el contexto y el proceso de resolución (Ginsburg, et al., 2000), contando con la limitación del corporativismo en las profesiones sanitarias, que impide tachar a otro compañero de poco comprometido (Ginsburg, et al., 2000). Puede entonces deducirse que el compromiso profesional, es una variable dependiente del entorno cultural (Ghadirian, et al., 2014; Jafaraghaee, et al., 2014) y esto es lo que ha dificultado excesivamente su estudio.

Se ha estudiado que algunos factores como el estrés, el agotamiento emocional, la escasez de enfermeros, la dotación inadecuada, la falta de respeto y apoyo, afectan negativamente al compromiso profesional de la misma manera, que por ejemplo el nivel educativo lo hace positivamente (Chang, 2014; Hwang, et al., 2009).

La naturaleza y elementos para definir la profesionalidad, como ocurre con el concepto de cuidado, son a menudo difíciles de concretar (Zibrik, MacLeod & Zimmer, 2010). Especialmente los estudios en el ámbito de la enfermería, hasta la actualidad, se han centrado en la parte negativa o las consecuencias directas dañinas de un bajo nivel de compromiso profesional, como el *burnout*, el desgaste o el estrés (Jenaro, Flores, Orgaz & Cruz, 2011; Tsai, et al., 2014). De hecho, en un principio el interés sobre el compromiso con el trabajo, se basaba en el deseo de mejorar la práctica para aumentar la productividad y la eficiencia. Además, se estudiaba dicho concepto como una idea meramente abstracta, y no como un constructo global que incluyera comportamientos y actitudes (Ginsburg, et al., 2000). En la actualidad, esta percepción ha cambiado, las investigaciones no se centran en la prevención de las consecuencias negativas, sino en la promoción de un trabajo comprometido (Keyko, 2014). Entonces los estudios que abordan actualmente esta temática, pretenden estudiar la esfera ética y moral de la responsabilidad profesional, además de aumentar el rendimiento, la calidad, la seguridad en la prestación de cuidados y la rentabilidad financiera. No obstante, pese a la aparente facilidad para reconocer y entender el papel del constructo, y la creciente preocupación por definirlo y evaluarlo, por las razones y las consecuencias expuestas, los cambios en políticas de salud, las diferencias culturales, la evolución de las características de trabajo y de la profesión, los métodos educacionales y los factores personales han dificultado el logro de una definición absoluta y de unas herramientas universales (Ghadirian, et al., 2014).

1.2. Antecedentes en la literatura en castellano sobre el estudio del compromiso profesional

En España, poco se ha profundizado sobre el significado y relevancia del compromiso profesional en la profesión enfermera, de hecho, no existe apenas información científica concreta sobre ello, lo que hace deducir que no existe excesivo interés por dicho constructo en el conjunto de la profesión. En el estudio llevado a cabo por López, González, Barrado & Bara (2011) sobre este colectivo, la enfermería no es consciente de la importancia de la motivación intrínseca para el adecuado ejercicio profesional. Algo más de bibliografía se encuentra en lo que respecta a los profesionales médicos (Altisent, 2010; Barrio, 1999; Borrell, 2006; Cardona, 2007; Casado, 2010; Gracia, 2006; Loayssa & Ruiz, 2006; Loayssa, Ruiz & García 2009; Martínez, 2011; Pardell & Gómez, 2006a; Pardell, Gual & Segura,

2006b; Santo, 2007). Estos trabajos, están enfocados a la discusión sobre temas directamente relacionados con dicho compromiso, como el humanismo, el compromiso ético o moral y la satisfacción laboral, entre otros. (Álvarez, 2007; Arillo, et al., 2009; Benito, Arranz & Cancio, 2011; Bosch, 2006; Falcó, 2005; López, 2000a; López, 2000b; Mariscal, 2012; Martínez & Sanjuán, 2009; Muñoz, Coll, Torrent & Linares, 2006). No obstante, tanto en el ámbito de la enfermería como en el de la medicina, pocos lo abordan como una construcción integral o como una faceta distinta de la competencia clínica o técnica. Es difícil encontrar estudios que profundicen sobre su definición, ni tampoco sobre la pretensión o intento de medirlo o monitorizarlo (Falcó, 2005; Martínez & Sanjuán, 2009).

Es importante destacar el aumento, en los últimos años, de los estudios relacionados con el síndrome del *burnout* en España. Se trata de un estado psicológico que tiene consecuencias graves, tanto en el aspecto personal, como en el socioeconómico y organizacional, es típico el aumento del absentismo, la disminución de la satisfacción y del rendimiento laboral (Escribà, Artazcoz & Pérez, 2008; Expósito, et al., 2004; González, 2003; Molina, Avalos & Giménez, 2005). Está más que demostrada la relación entre compromiso profesional y *burnout*, de hecho, cuando la ética institucional es contraria, o no permite el desarrollo de los profesionales más comprometidos, es cuando éstos son más susceptibles a padecer dicho síndrome (Benito, et al., 2011; Loayssa, et al., 2009; Moreno, Gálvez, Garrosa & Mingote, 2006; Muñoz, et al., 2006; Saks, 2006). Como se ha expuesto, a nivel mundial y en primer término, se estudiaron esta y otras consecuencias negativas de manera independiente, para luego buscar otros constructos que englobaran tanto las causas de estas situaciones, como maneras para desarrollar medidas preventivas. Tal vez España siga el mismo patrón con respecto al estudio de dichas problemáticas, de manera que las futuras investigaciones, sigan las líneas internacionales de búsqueda de métodos de aumento de la motivación intrínseca, es decir, de desarrollo del concepto de compromiso profesional.

No se ha encontrado ningún instrumento en castellano, capaz de cuantificar el compromiso profesional en enfermería. En algunos de los trabajos, que hacían alusión a la profesión médica, se hallaron variadas referencias sobre el modo de valorar las competencias clínicas, sin embargo, se centraban únicamente en la construcción de instrumentos de medida o métodos fiables, capaces de cuantificar de manera adecuada el aprendizaje de la competencia clínica (Almuedo, et al., 2011; Cantero & Ramírez, 2010; Ezquerro, 2010; Pardell & Gómez,

2006a; Pardell, Gomar, Gual & Bruguera, 2005; Pardell, et al., 2006b; Ruiz de Adana & Elipe, 2006).

2. Justificación

Los profesionales enfermeros están presentes en todas las organizaciones de salud, por tanto, su nivel de compromiso e implicación es vital para el logro de una atención de calidad, eficaz y eficiente (Beattie & Crossan, 2015). Se parte de la hipótesis de que profesionales más comprometidos, tienen un comportamiento más creativo, mayor confianza y trabajan más en equipo (Jafaraghaee, et al., 2014). De hecho, en la actualidad se está produciendo un aumento de las oportunidades, para que los enfermeros puedan influir de manera importante en el desarrollo de los servicios y el uso de los recursos sanitarios (Beattie & Crossan, 2015).

El profesionalismo o compromiso profesional, son términos usados indistintamente y de manera global por todos los profesionales. Cuando se aplica a la enfermería, se alude a conductas como la autonomía, la autorregulación, la creencia en el servicio público, la vocación y la responsabilidad (Keeling & Templeman, 2013). Así, se podría considerar este concepto como indicador de la parte más humanista del cuidado. El concepto de compromiso profesional en el ámbito de la enfermería como implicación, es relativamente nuevo en la literatura, y los estudios que se ocupan del concepto son ambiguos. Pese a la existencia de diferentes líneas de investigación y diferentes construcciones del mismo, no se ha llegado a un consenso en su definición. Por otro lado, existen variedad de instrumentos que pretenden cuantificarlo, más centrados en los comportamientos de la práctica diaria, impulsados por preocupaciones relativas al aumento de los costes sanitarios, la escasez de enfermeros, la calidad de la atención, etc., que en el fomento de la parte humanista del cuidado.

Esta situación, más agudizada en España, justifica la necesidad de profundizar en el significado del compromiso profesional en el ámbito de la enfermería, así como el estudio sobre sus dimensiones, características y factores, que contribuyen a desarrollarlo. Por otro lado, de la misma manera que es posible valorar mediante indicadores válidos y comparables, la calidad científico-técnica de la práctica clínica, disminuyendo la variabilidad clínica injustificada (Montoya, 2007), son necesarios otros modelos profesionales y otros instrumentos o métodos de evaluación, que engloben otros aspectos fundamentales del cuidado. Así, es conveniente estudiar la posibilidad de evaluar del modo más objetivo posible, y si fuera posible, monitorizar el compromiso o responsabilidad profesional. Por todo lo expuesto, se decidió traducir, adaptar transcultural y lingüísticamente y validar, una escala seleccionada que se espera facilite a los profesionales alcanzar niveles altos de compromiso.

Tras revisar la literatura internacional, en busca de un instrumento diseñado para medir globalmente las distintas dimensiones del constructo “compromiso profesional en enfermería”, se seleccionó, sobre todo por su carácter multidimensional, la Escala de Profesionalidad *Nijmegen*, validada en versión holandesa e inglesa, para su aplicación entre médicos residentes y tutores holandeses, como punto de partida para elaborar una versión que sea conceptualmente equivalente a la original y sirva como instrumento que se identifique con los valores y competencias de la enfermería en España. Como defienden Gaité, Ramírez, Herrera & Vázquez (1997), este tipo de trabajos “permite la homologación de nuestras investigaciones en el ámbito internacional, la participación en proyectos multicéntricos internacionales, y el desarrollo de análisis comparativos de tipo transcultural”.

La adaptación de un instrumento, incluye la traducción del mismo, su acomodación cultural e idiomática y la comprobación de las características psicométricas de fiabilidad y validez. La traducción debe ser metódica, requiere que se siga un procedimiento que asegure la equivalencia conceptual con el instrumento original, pero que también garantice su aplicabilidad transcultural. En el proceso de traducción, es indispensable tener en cuenta las diferencias o peculiaridades del contexto cultural al que va a ser dirigido el instrumento, asumiendo así los cambios necesarios en cuanto a terminología y ámbitos del instrumento como algo necesario, y no como un error de traducción lingüística (Gaité, et al., 1997). El problema principal es que, para asegurar la validez de contenido de un instrumento procedente de un ámbito distinto -en dos sentidos: medicina, no enfermería; Holanda, no España-, sobre un constructo complejo del que no hay una definición completa y homogénea establecida -compromiso profesional en enfermería-, es necesaria la realización de un análisis de concepto, mediante una revisión en profundidad de la literatura. Su finalidad: clarificar las dimensiones del constructo y permitir asegurar que coinciden con las exploradas con el instrumento de valoración elegido, antes de su adaptación y validación transcultural. Ésta finalidad es la que ha condicionado el procedimiento o metodología del presente trabajo de investigación.

Se considera que la adaptación de esta escala, servirá sobre todo como medida preventiva en primer término, como método de reflexión individual en un momento dado y como herramienta para comprender la propia evolución, con respecto al compromiso, si se generan mediciones a lo largo del tiempo. Este instrumento, pretende ayudar a identificar

a los profesionales más vulnerables, descubrir los factores que contribuyen a desarrollar el compromiso con la profesión, servir como herramienta para realizar asociaciones con resultados de salud o indicadores asistenciales, productividad, calidad y seguridad del paciente, y comparaciones transculturales, entre otros usos. Está demostrado en distintos ámbitos, que los empleados más comprometidos, contribuyen a alcanzar los objetivos de la organización (Betanzos & Paz, 2011; Jafaraghaee, et al., 2014).

3. Hipótesis y objetivos

3.1. Hipótesis

Es posible definir el constructo de compromiso profesional en enfermería, las dimensiones que lo constituyen y los factores relacionados con el mismo.

Es posible adaptar un instrumento, que permita conocer el compromiso profesional de la profesión enfermera, en el ámbito y contexto español.

3.2. Objetivos

Objetivo General

Construir un instrumento válido y fiable que sea capaz de monitorizar el compromiso profesional de la enfermería española.

Objetivos Específicos

1. Revisar en profundidad los trabajos que han estudiado el concepto de compromiso profesional en enfermería.
2. Definir e identificar las características que lo componen, los aspectos desconocidos o controvertidos y los factores relacionados mediante un análisis del concepto de compromiso profesional en enfermería.
3. Adaptar transcultural y lingüísticamente la Escala de Profesionalidad *Nijmegen* al castellano.
4. Validar la versión del instrumento, inspirado en la Escala de Profesionalidad *Nijmegen*, que permita monitorizar el compromiso profesional de la profesión enfermera española.

4. Material y métodos

4.1. Tipo de estudio

Para responder al objetivo de definir el constructo de compromiso profesional en enfermería (objetivos específicos 1 y 2), como paso previo al intento de su valoración objetiva, se realizó una revisión bibliográfica en profundidad y un análisis de concepto. Con ello se pretendía descubrir lo estudiado hasta el momento sobre el compromiso profesional, identificar las características definitorias, los factores relacionados y describir las implicaciones de su desarrollo.

Para responder al objetivo de obtener un instrumento para cuantificar el compromiso profesional de la profesión enfermera española, (objetivos específicos 3 y 4), se procedió a la traducción transcultural al español (*translation-back translation method*, método traducción retrotraducción), la adaptación (*debriefing*) y validación (pilotaje), al ámbito de la enfermería española de la Escala de Profesionalidad *Nijmegen*.

4.1.1. Revisión bibliográfica en profundidad

Es fundamental en cualquier investigación realizar una revisión bibliográfica en profundidad sobre el tema en estudio. Se requiere que dicha búsqueda sea llevada a cabo de una manera estructurada y eficaz, así como una posterior gestión crítica de los resultados encontrados (Vilanova, 2012).

Es necesario para comenzar, decidir qué tipo de revisión quiere llevarse a cabo. No todas las revisiones deben ser revisiones sistemáticas o amplias, existen gran variedad de clasificaciones sobre ello. Es importante saber diferenciar entre una revisión descriptiva, narrativa, meta-análisis, revisión sistemática y otros tipos de revisiones evaluativa, exhaustiva, etc., pero lo es más, preguntarse qué es lo que se quiere conocer, y decidir cuál es el objetivo de la revisión, es decir, la información necesaria para resolver la cuestión. Una revisión en profundidad puede responder con la información necesaria para resolver la cuestión que se aborda en este caso.

Se llaman fuentes primarias a los documentos principales que pueden servir de base para una búsqueda preliminar sobre el tema. Las fuentes secundarias son revisiones, bases de datos, resúmenes, buscadores especializados, etc. (Guirao, Olmedo & Ferrer, 2008;

Vilanova, 2012). Para elegir las bases de datos a consultar, primero hay que elegir el idioma. Si se pretende que la revisión sea amplia incluirá el inglés y por otro lado, también se tendrá en cuenta, además de las bases de datos más conocidas, bases específicas del área a estudiar, en este caso; bases de datos de enfermería (Pedraz, 2004). Es importante elegir bases reconocidas, no obstante, para que la búsqueda no deje silencios hay que tener en cuenta bases pequeñas, sobre todo cuando se abordan temáticas muy novedosas.

Para completar, si se prevén pocos resultados o se trata de un tema ambiguo, como es el caso, se recomienda llevar a cabo una revisión de delante a atrás, inspeccionando manualmente los sumarios de revistas con alto factor de impacto, que previsiblemente habrán abordado el tema por ser revistas especializadas en un área concreta.

A la hora de llevar a cabo una búsqueda en profundidad, es necesario estudiar detenidamente los términos alternativos o sinónimos, variantes ortográficas, descriptores o palabras clave en tesauros (Gálvez, 2002; Guirao, et al., 2008; Vilanova, 2012).

La búsqueda puede ser simple o avanzada, lo lógico es comenzar por la búsqueda simple que, en general, generará un número elevado de resultados. Por ello, posteriormente hay que pasar a la búsqueda avanzada; delimitar el tiempo (año de publicación), palabras clave en el resumen o el título, uso de los operadores booleanos, combinación de las palabras clave por separado, juntas, etc. (Gálvez, 2002; Pedraz, 2004).

En cuanto al número de referencias necesarias para conseguir unos resultados fiables, hay que intentar mantener un equilibrio entre la exhaustividad y la precisión. Se aconseja hacer una búsqueda amplia para no descartar documentación y después llevar a cabo una revisión crítica que extraiga los documentos verdaderamente servibles (Gálvez, 2002). Una vez seleccionados las referencias o documentos provisionales, se deben analizar de manera pormenorizada según criterios de selección y calidad previamente establecidos.

Se ha desarrollado una revisión en profundidad, que comparte características con las revisiones narrativas, puesto que se llevo a cabo una síntesis final de los resultados obtenidos (análisis de concepto), y con las revisiones sistemáticas, dado que la estrategia de revisión incluyó:

- La definición de una pregunta estructurada.
- La búsqueda exhaustiva de todos los artículos potencialmente relevantes.
- La selección y aplicación uniforme, de criterios explícitos y reproducibles, sobre los artículos a incluir en la revisión.
- La extracción de datos de los documentos obtenidos.
- El análisis, presentación e interpretación de los resultados.

4.1.2. Constructo y validación del instrumento

Validar un cuestionario implica confirmar que el instrumento “evalúa” lo que pretende evaluar. Dicho de otro modo, comprobar que el instrumento tiene validez de contenido, de constructo y de criterio.

Confirmar que un instrumento es representativo del fenómeno a estudiar, obliga a demostrar que recoge las dimensiones fundamentales del mismo, es decir, comprobar su validez de contenido. La revisión en profundidad planificada ha pretendido contribuir a ello.

La validez de constructo, grado de correlación entre la definición operativa del concepto y los hechos reales observados, viene dada por el proceso de elaboración del cuestionario y puede comprobarse con los resultados, al confirmar las hipótesis de partida. Para asegurar la validez de constructo, se propuso realizar un análisis factorial que es una técnica estadística multivariante cuyo principal objetivo, dentro del proceso de validación de escalas, es proporcionar la estructura interna de una escala, de las dimensiones subyacentes, elaborando de esta forma una estructura más simple, con menos dimensiones, proporcionando la misma información y permitiendo globalizar así, el entendimiento del fenómeno estudiado. En este caso el compromiso profesional, es una variable que no puede ser observada directamente. Para alcanzar éste objetivo, el análisis factorial utiliza un conjunto de variables aleatorias inobservables que se conocen en la literatura como factores comunes, de forma que las covarianzas o correlaciones entre los ítems que forma el instrumento, son explicadas por dichos factores y cualquier porción de la varianza que no consigan explicar estos factores, se asigna a unos términos residuales conocidos como factores específicos. De esta forma, el análisis factorial simplifica la modelización convirtiendo, por eliminación de redundancias

expresadas en altas correlaciones entre variables, un amplio conjunto de variables en factores “estructurales”. Sin embargo, no se trata de una técnica de dependencia, es una técnica de interdependencia entre ítems. Tampoco es una técnica de agrupación, aunque puede aplicarse con fines de agrupación sobre matrices de correlaciones entre objetos, lo habitual es su aplicación sobre matrices de correlaciones entre variables.

La validez de criterio se obtiene al comparar el instrumento elaborado con el patrón oro disponible, si éste existe.

Por otra parte, conviene confirmar que el instrumento es fiable (permite distinguir si la variación en las respuestas se debe a un error de medida o a un cambio real), es decir, confirmar su consistencia interna, estabilidad en el tiempo y determinación de su utilidad.

El estudio de la consistencia interna trata de descubrir si los ítems que forman la escala, tienen unos adecuados niveles de correlación entre ellos, es decir si son estables. Las correlaciones entre ítem con ítem, entre ítem y factor y entre ítem y escala, le confiere al instrumento lo que se denomina consistencia interna u homogeneidad. Para ello, se hizo uso del coeficiente alfa de Cronbach que es un modelo de consistencia interna basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. Más concretamente, se obtiene como promedio de los coeficientes de correlación de Pearson entre todas las preguntas, si las puntuaciones de los mismos están estandarizadas.

Es relevante también comprobar que la escala, cuando se aplica en diferentes momentos, permanece estable respecto a la condición que se mide, es decir, si mantiene la estabilidad temporal. Para confirmar este tipo de confiabilidad se debe aplicar la escala dos veces, en diferentes momentos, pero en una situación de estabilidad del fenómeno que se pretende evaluar, comparando dichas respuestas. Debido a que no existe consenso sobre el tiempo que debe pasar entre una y otra medición, revisando trabajos similares, se consideraron dos semanas un tiempo aceptable (Cabrera, Zabalegui & Blanco, 2001; Cuñado, Bernardo, Rial, Marco & García, 2002).

La determinación de la utilidad hace referencia a la aplicabilidad del instrumento en un escenario real. Esta fase no depende de la aplicación de procedimientos estadísticos pero, no obstante, en la validación de una escala es relevante describir el tiempo promedio requerido

para aplicar el instrumento, la necesidad de condiciones particulares en las cuales haya que poner al sujeto antes de iniciar el procedimiento, el grado de capacitación o calificación profesional que requieran quienes se encargarán de aplicar el instrumento, y la forma y método requerido para calificar el puntaje de la escala.

A la hora de construir un cuestionario, existen ciertas ventajas en la adaptación de una escala ya existente: es más rápido, más barato y más fácil que crear una nueva (Epstein, Osborne, Elsworth, Beaton & Guillemin, 2015). El procedimiento de crear un instrumento nuevo, duplicando el proceso de la construcción del original, tiene un alto coste, y podría diferir del original creando dudas sobre su equivalencia conceptual, lo que por otra parte aseguraría totalmente la equivalencia cultural (Gaité, et al., 1997). Por ello, para adaptar un instrumento a un contexto o cultura diferente al original, es necesario previamente hacer una reflexión sobre las características definitorias, en este caso, de la enfermería española y sus diferencias con el resto del contexto europeo, origen de la escala a adaptar.

4.1.2.1. Ámbito: El contexto de la enfermería en España

La enfermería cuenta actualmente, con un cuerpo científico de conocimientos y habilidades que le otorgan autonomía profesional (Keeling & Templeman, 2013). Los profesionales de enfermería están presentes en todas las instituciones sanitarias en un elevado número, son quienes más tiempo pasan con las personas atendidas y asumen diversos roles dentro de los sistemas de salud, que en general, son complejos. Como se ha expuesto, los continuos cambios en dichos sistemas; sociodemográficos, tecnológicos, situaciones de estrés y desgaste profesional, atención a los valores culturales y los derechos de los pacientes, la limitación en los recursos financieros, estructurales y personales, entre otros, afectan al compromiso de los profesionales enfermeros el cual es esencial para lograr una atención de calidad.

En 2013, por cada 100.000 habitantes había colegiados en España 574 enfermeros, de los cuales el 84,4% eran mujeres, siendo el 53,7% menores de 45 años (Instituto Nacional de Estadística, 2013). La enfermería fue una de las profesiones más valoradas por los españoles, con 7,96 puntos sobre 10. Contrariamente, solo el 3,8% recomendaría los estudios de enfermería según el Barómetro de marzo de 2013 del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2013). Se trata entonces de una profesión culturalmente reconocida como independiente y autónoma, pero que sigue manteniendo, en

el ámbito español, estereotipos del pasado y actuales, lo que genera que ocasionalmente no exista coincidencia entre la identidad y la imagen social de la misma (Calvo, 2011; Errasti, Arantzamendi & Canga, 2012; Marchador, 2005; Rodríguez & Brito, 2013).

Como ejemplo de las características sociodemográficas de la enfermería española, cabe destacar las conclusiones extraídas de un estudio sociológico, llevado a cabo por Rodríguez & Bosch (2005) en el que participaron 2.122 profesionales pertenecientes al Colegio de Enfermería de Barcelona. Este trabajo concluye, en términos generales, que el colectivo de enfermería está constituido por personas jóvenes, mayoritariamente mujeres, de posición social media, aunque con relaciones contractuales precarias, escasos ingresos, en ocasiones con otra actividad profesional o temporalmente apartadas de la profesión para el cuidado de hijos u otros familiares, lo que en ocasiones genera problemas organizativos durante su ausencia o a su vuelta. En general, están satisfechas con su profesión, la que consideran muy especializada, perciben un alto nivel de control, libertad y autonomía técnica, pese a expresar su preocupación por el aumento en la cantidad y complejidad de la demanda sanitaria, dentro de un contexto organizativo complejo.

Como se comentó en la introducción, no extraña la falta de referencia al compromiso profesional individual, cuando se les pregunta a dichos profesionales por los problemas en el ejercicio profesional. López et al. (2011) concluyeron que este colectivo no es consciente de la motivación intrínseca, solo señalan como problemas factores de motivación extrínseca, como retribuciones insuficientes, falta de incentivos profesionales y falta de reconocimiento social y político.

En cuanto a las diferencias en materia de formación con el resto de Europa, hay que destacar la gran variabilidad en cuanto a la duración, número de créditos y naturaleza de las instituciones que imparten los estudios. En España, los estudios universitarios de enfermería, se reparten en cuatro años y se han tenido que redefinir los roles alumno-profesor debido a la reciente adaptación al Espacio Europeo Superior (Edit Revista Enfermería en Desarrollo (RED), 2013; Garcimartín, 2013). La enfermería española, como profesión, está actualmente en un punto de inflexión debido a los recientes cambios en los estudios y al proceso de reconocimiento de sus verdaderas competencias (Sancho, 2011).

En el ámbito asistencial existen dos grandes corrientes en Europa; la visión anglosajona, donde el profesional adquiere niveles en su destreza práctica, y la del resto de países donde el enfermero, aplica dichas técnicas a la vez que proporciona los cuidados básicos (Edit RED, 2013). Es frecuente la migración, ejemplo de ello es la publicación de gran cantidad de puestos vacantes en centros y hospitales, que requieren personal español en el Portal Europeo de Movilidad Laboral (EURES). La enfermería española es altamente valorada por su competencia técnica y humana. El estudio realizado por Lillo, Casabona, Galao & Mora (2004), concluyó que la enfermería española superaba positivamente las expectativas de los pacientes centroeuropeos. De hecho, los pacientes holandeses (lugar de origen de la Escala de Profesionalidad *Nijmegen*), destacaron la profesionalidad, la capacidad de proporcionar información de calidad, la juventud y la gran capacidad para la toma de decisiones, de estos profesionales.

4.1.2.2. Instrumento: Escala de Profesionalidad Nijmegen

La Escala de Profesionalidad *Nijmegen* (Tromp, Vernooij, Kramer, Grol & Bottema, 2010) (Anexo I), es un instrumento para evaluar la conducta profesional, validado con tutores y residentes de medicina en 2010.

Consta de cuatro campos:

1. Comportamiento profesional hacia los pacientes (respetando los intereses de los pacientes y la distancia profesional).
2. Comportamiento con otros profesionales (habilidades de colaboración y de gestión).
3. Comportamiento con la sociedad (responsabilidad y gestión de la calidad).
4. Comportamiento con uno mismo (reflexión y aprendizaje del manejo de las emociones).

Cada campo o dimensión, engloba un número de ítems, correspondientes a una determinada conducta profesional (26, 24, 19 y 37 ítems respectivamente). Dicha herramienta solo permite la respuesta cerrada mediante una escala Likert de cuatro opciones (1-*seldom or never*, 4-*always*).

El instrumento no está diseñado para obtener interpretaciones sumativas, se utiliza únicamente con fines formativos, para generar retroalimentación sobre el comportamiento profesional. Los formadores analizan el comportamiento específico del residente en la práctica, para luego, discutir con él los resultados y formular planes de acción.

Tras la comprobación de las propiedades psicométricas por parte de los autores originales, el número de ítems quedó finalmente en 93. Esta herramienta cuenta con la particularidad, de que puede ser cumplimentada tanto por el sujeto en cuestión como por otros, que le conocen en el ámbito profesional. Otra peculiaridad de gran relevancia es que la Escala *Nijmegen* se centra más en los comportamientos que en las abstracciones (opiniones). Diversos estudios avalan que la clave para una evaluación válida de la profesionalidad radica en centrarse en el comportamiento, ya que ello es la base adecuada para proporcionar retroalimentación (Tromp, Rademakers & Ten, 2007). De hecho, los estudiantes, no se identifican con los elementos abstractos de profesionalidad, sino que definen el profesionalismo en la práctica diaria (Ginsburg & Stern, 2004). No obstante, quizás el argumento de más calado para el fin que se pretende en este trabajo, sea el carácter multidimensional de esta escala. Según la revisión realizada, sobre los estudios desarrollados para construir distintos instrumentos para medir el profesionalismo entre 1982 y 2002 (Veloski, Fields, Boex & Blank, 2005), pocos son los trabajos que, como éste, abordan la profesionalidad como una construcción integral, dotando al concepto de diferentes dimensiones medibles y objetivables (Tromp, et al., 2010; Veloski, et al., 2005).

4.1.2.3. Adaptación del instrumento a la enfermería española

Se decidió hacer uso del método de traducción retrotraducción (*translation-back translation method*): traducción inglés-castellano, valoración de la equivalencia conceptual, claridad y naturalidad de cada una de las frases y retrotraducción castellano-inglés.

Algunas corrientes actuales ponen en duda la eficacia de este método en su versión más simple (McKenna & Doward, 2005; Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013), debido a la fijación por obtener valores altos del grado de equivalencia entre la versión original y la retrotraducción. Por ello, se optó por considerar más importantes los factores culturales (adecuación práctica), que los lingüísticos literales, sin dejar de lado la realización de una buena corrección lingüística (Muñiz, et al., 2013). Se siguieron las directrices internacionales

sobre la adaptación transcultural (Escobar, 2004; Fitzpatrick, Davey, Buxton & Jones 1998; International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project, 2013; McKenna & Doward, 2005; Menezes, Maher, McAuley & Pena, 2009; Muñiz, et al., 2013; Terwee, et al., 2007; Uysal, Parlevliet & de Rooij, 2013; Wild, et al., 2005), y en especial, las recomendaciones propuestas por Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000) y Epstein et al. (2015) (Figura 1), que pudieron demostrar la contribución sustancial de la inclusión de un comité de expertos, para la mejora de la adaptación transcultural. Siguiendo este criterio, se llevó a cabo un *debriefing*, para identificar las palabras que no se entendían o se malinterpretaban, además de evaluar la sensibilidad de las preguntas. Este tipo de metodología ha sido utilizada en trabajos similares (Almansa, García, Barceló, Díaz & Rey, 2011; Alonso, Blanco & Gayoso, 2015; Arias, et al., 2013; Basurto, et al., 2010; Cabrera, et al., 2001; Chang & Yeh, 2016; Cuñado, et al., 2002; Garrido, Espinoza & Romo, 2010; Gusi, Badia, Herdman & Olivares, 2009; Machón, et al., 2014; Mena, et al., 2013; Ojeda, Salazar, Dueñas & Failde, 2012; Picardo, López & Abellán, 2013; Robles, Oberst, Sánchez & Chamarro, 2006; Sanjuán, Haro, Mauriño, Díez & Ballesteros, 2012; Serra, Nabal, Santacruz, Picaza & Trelis, 2004; Sirera, Sáez & Sanz, 2010).

Figura 1. The guidelines for the process of cross-cultural adaptation

Steps	Description
Translation	Two (or more) translators should independently translate the source questionnaire. The translators should preferably be native speakers to the target language.
Synthesis	The translators should synthesize the multiple translations to produce a consensus of the translations.
Back translation	Translators, blind to the original questionnaire, should translate the consensus translation back into the original language.
Expert committee	The expert committee should consolidate all the versions of the questionnaire and develop what would be considered the prefinal version of the questionnaire for testing.
Pretesting	The prefinal questionnaire undergoes pilot testing with members of the target population.

The guidelines for the process of cross-cultural adaptation

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

La última fase de la adaptación consiste en la comprobación de la validez por medio de una prueba piloto, fase de pilotaje de la versión de la escala obtenida en los pasos anteriores. Muñiz et al. (2013) en su trabajo titulado *Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición*, llevado a cabo en 2013, destacan la gran importancia de llevar a cabo una prueba piloto que permita “recoger “in situ” las reacciones de las personas que realizan la prueba; asegurarse de que los ítems e instrucciones son correctamente comprendidos; registrar el tiempo necesario para la ejecución del cuestionario; recoger información sobre posibles errores de contenido o formato que se pueden corregir antes de pasar a la fase operacional; y obtener datos que permitirán llevar a cabo un primer análisis de ítems que indiquen la dirección y sentido de los índices psicométricos más relevantes”. Es necesario

verificar las características psicométricas de la traducción y adaptación transcultural y lingüística, de la Escala de Profesionalidad *Nijmegen* a la enfermería española para completar el proceso de traducción y adaptación.

4.2. Procedimiento

4.2.1. Proceso de revisión bibliográfica y análisis de concepto

Definición de las preguntas de interés

- ¿Qué y cómo se ha estudiado sobre el constructo “compromiso profesional”?
- De forma complementaria ¿Qué y cómo se ha estudiado sobre el constructo “compromiso profesional” en enfermería en los últimos años?
- ¿Cuáles son los atributos/componentes del constructo “compromiso profesional” en enfermería?
- ¿Existe algún instrumento válido para cuantificar el compromiso profesional en enfermería?
- De forma complementaria ¿Existe una versión en castellano de algún instrumento/escala para cuantificar el compromiso profesional en enfermería?

Identificación y selección de artículos

- Primera fase: Revisión manual de artículos clave y definición de descriptores

Como primera estrategia de búsqueda, debido a su importancia y para facilitar posteriores estudios sobre ella, se decidió revisar manualmente los artículos citados en los tres documentos relacionados con la construcción de la Escala de Profesionalidad *Nijmegen* (Tromp, et al., 2010; Van De Camp, Vernooij, Grol & Bottema, 2004; Van De Camp, Vernooij, Grol & Bottema, 2006). De esta manera se consiguió incluir artículos más antiguos relacionados directamente con la escala a adaptar y que aportaron información relevante sobre el estudio del concepto en el ámbito de la medicina.

Para la identificación de los descriptores de interés, se comenzó identificando todas las palabras clave de las citas bibliográficas de los tres artículos primarios: 126, de las que no

más de 30 contenían sección de: palabra clave o palabras claves; *key words*, *keywords*, *key word* o *keyword*. Se consultaron dichas referencias en PubMed para extraer los términos descriptores Medical Subject Headings (MeSH) correspondientes.

El MeSH es el vocabulario controlado que emplea Medline y otras bases de datos biomédicas, para procesar la información que se introduce en cada una de ellas. Contiene encabezamientos de materias, calificadores (subencabezamientos), definiciones, referencias cruzadas, sinónimos y listas de términos estrechamente relacionados. Consta de más de 33.000 términos ordenados en estructuras jerárquicas llamadas árboles, que se revisan anualmente para asegurar que constituyan un fiel reflejo de la práctica y la terminología médica actual.

Se identificaron varios descriptores para hacer referencia al compromiso profesional, que se incluyeron como conceptos de búsqueda en la segunda fase del proceso: “*Commitment*”, “*Compromise*”, “*Conceptanalysis*”, “*Engagement*”, “*Professionalism*”, “*Professionalization*”, “*Professional Practice*”, “*Nijmegen*”, “*Responsibility*”, “Compromiso”, “Análisis concepto”, “Profesionalismo”, “Profesionalización”, “Práctica Profesional” y “Responsabilidad”.

- Segunda fase: Revisión en profundidad

Se tuvieron en cuenta los idiomas inglés y castellano, por lo que se eligieron, para comenzar, bases de datos (MEDLINE, Índice Médico Español -IME-) y motores de búsqueda (PubMed) recomendados y reconocidos de ambos idiomas. Para que la búsqueda no dejara silencios, se tuvieron en cuenta otras, algunas específicas de enfermería; IBECS, CUIDEN, SCIELO, ENFISPO, COCHRANE PLUS, WEB OF SCIENCE, MEDES Y TESEO.

Se delimitó que dichos descriptores estuvieran incluidos en el título de los originales, para que el tema principal tratado fuera éste y evitar un número indeseable de documentos, que trataran el constructo de manera secundaria o ligada a otras cuestiones.

Se decidió que la publicación de los originales de la búsqueda, debía ser inferior a 5 años (noviembre 2009-noviembre 2015), dado que en la investigación preliminar quedó patente que el estudio del concepto era reciente, cambiante en época y contexto y se pretendía conocer su significado actual.

Debido a la gran cantidad de material extraído de las búsquedas simples, se realizó una búsqueda más avanzada, combinando los descriptores/palabras clave con las palabras *Nursing/Enfermería*, *Nurse/Enfermera* y *Nurses/Enfermeras* (operador *and*), puesto que el objetivo de la revisión delimitaba la búsqueda a referencias que hablaran sobre dicha profesión. Aun así, como se ha expuesto, para abarcar todos los usos del concepto en el ámbito de la salud, aumentar la comprensión sobre el instrumento a adaptar y así completar la presente revisión, se incluyeron los documentos extraídos de las referencias principales, trabajos que versaban sobre el concepto de compromiso profesional en medicina.

Debido a la ambigüedad y el creciente estudio del concepto en la enfermería, se llevó a cabo una revisión manual de delante hacia atrás de la revista internacional especializada en cuestiones éticas de la profesión enfermera *Nursing Ethics*; desde el volumen 16 (noviembre 2009) hasta 21 número 7 (noviembre 2014), -aunque dicha revista estuviera incluida en el repertorio de PubMed-, para analizar uno a uno los originales publicados en los últimos 5 años.

- Tercera fase: Primer cribado, depuración de referencias encontradas

Para facilitar esta fase del proceso se usó el gestor de referencias RefWorks. Se eliminaron los artículos duplicados, obtenidos mediante los distintos motores de búsqueda, los libros y los documentos imposibles de conseguir. Se analizaron exhaustivamente los títulos y resúmenes de las citas bibliográficas encontradas, descartando aquellas que, aun incluyendo los descriptores solicitados, se referían a otros temas (expuestos en el apartado 6.1. Resultados de la revisión bibliográfica en profundidad).

- Cuarta fase: Segundo cribado, criterios de selección

Tras obtener las referencias, a priori, relacionadas con el propósito de la revisión, se descartaron los que no cumplían los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Descripción del concepto, definición del concepto.
- Uso de instrumentos de medición del compromiso profesional, ensayos o reflexiones sobre el concepto, trabajos que abordan la esfera cualitativa del concepto.
- Artículos referentes a la profesión enfermera, a excepción de los referentes a la profesión médica encontrados en las referencias sustraídas de las bibliografías principales.

Criterios de exclusión:

- Originales que abordaran cuestiones éticas específicas, es decir situaciones o casos clínicos concretos.
- Trabajos que no abordaran la temática de manera específica y clara aunque abordaran ciertos aspectos de la profesionalidad.
- Originales escritos en idiomas diferentes al inglés y castellano (pese a la limitación idiomática de la búsqueda).
- Documentos como entrevistas, actas de congresos, resúmenes de juntas, noticias sobre la profesión, respuesta a otros artículos publicados, etc. (Figura 2).

Figura 2. Proceso de depuración de referencias encontradas en la búsqueda en profundidad



- Quinta fase: Lectura y clasificación de los artículos seleccionados

Tras una primera lectura de los documentos útiles, se tabularon las siguientes variables; año, revista, índice de impacto cuartil (*Journal Citation Reports*, 2013), terminos o palabras clave usadas en el título, idioma, país, ámbito de estudio, diseño/metodología, objetivo,

tema principal identificado, número participantes/estudios incluidos, uso de instrumentos, resultados, conclusiones y evidencia de validez/fiabilidad.

Se evaluó la calidad de los artículos, valorando cada uno de ellos globalmente, atendiendo a los siguientes criterios.

Criterios de evaluación de la calidad:

- Fin y objetivos claramente descritos (a).
- Diseño del estudio descrito adecuadamente (b).
- Métodos de investigación apropiados (c).
- Instrumentos claramente descritos (d).
- Referencia explícita a los conceptos de validez y fiabilidad (e).
- Conclusiones de interés para la comprensión del concepto en la profesión de enfermería (f).

No se aplicaron métodos estadísticos para combinar los resultados de los estudios revisados, debido a la heterogeneidad de los artículos encontrados (proceso expuesto en el apartado 6.1.1 Resultados bibliométricos revisión bibliográfica en profundidad).

- Sexta fase: Actualización de la búsqueda

Tras acabar con el análisis exhaustivo de la documentación definitiva, se decidió actualizar la búsqueda hasta junio de 2015 usando el mismo procedimiento hasta ahora expuesto.

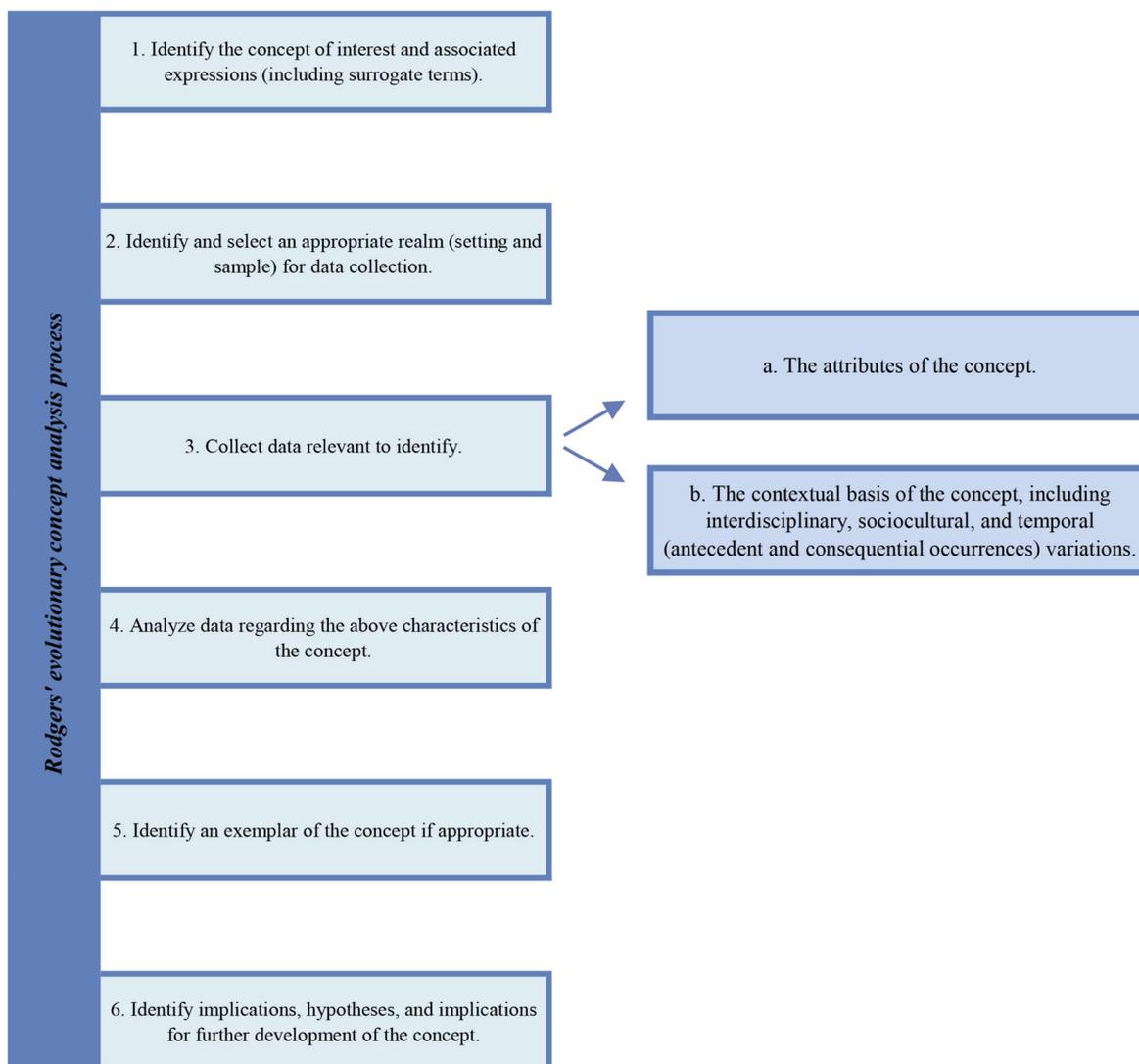
- Séptima fase: Análisis de concepto

El análisis de concepto pretende descubrir en profundidad, el verdadero significado de un constructo. En general, este tipo de metodología es usada cuando el concepto está poco definido, sus características o atributos no están claros o la evolución de éste es constante.

Se decidió hacer uso del método propuesto por Rodgers (1989) (Figura 3). Este análisis se basa en el pensamiento filosófico contemporáneo y su papel en el desarrollo del conocimiento, considerando las características, dinámicas en tiempo y contexto. Esta metodología ha

sidó usado por trabajos similares (Dinmohammadi Peyrovi & Mehrdad, 2013; Ghadirian, et al., 2014; Smith, 2012) y recomienda seis actividades que pueden llevarse a cabo simultáneamente, en una dinámica cíclica y continua para conseguir un análisis detallado por medio de la recopilación y estudio de datos en bruto.

Figura 3. Rodgers' evolutionary concept analysis process



Tomado de: Dinmohammadi, M., Peyrovi, H. & Mehrdad, N. (2013). Concept analysis of professional socialization in nursing. *Nursing forum*, 48(1), 26-34. doi:10.1111/nuf.12006.

Partiendo de los trabajos útiles extraídos de la revisión en profundidad, se realizó un cribado atendiendo a los criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Descripción del concepto, definición del concepto.
- Trabajos sobre el concepto que abordan la esfera cualitativa del concepto; relacionados con características, factores asociados, implicaciones para la profesión, explicación de las posibles variaciones socioculturales del concepto.

Criterios de exclusión:

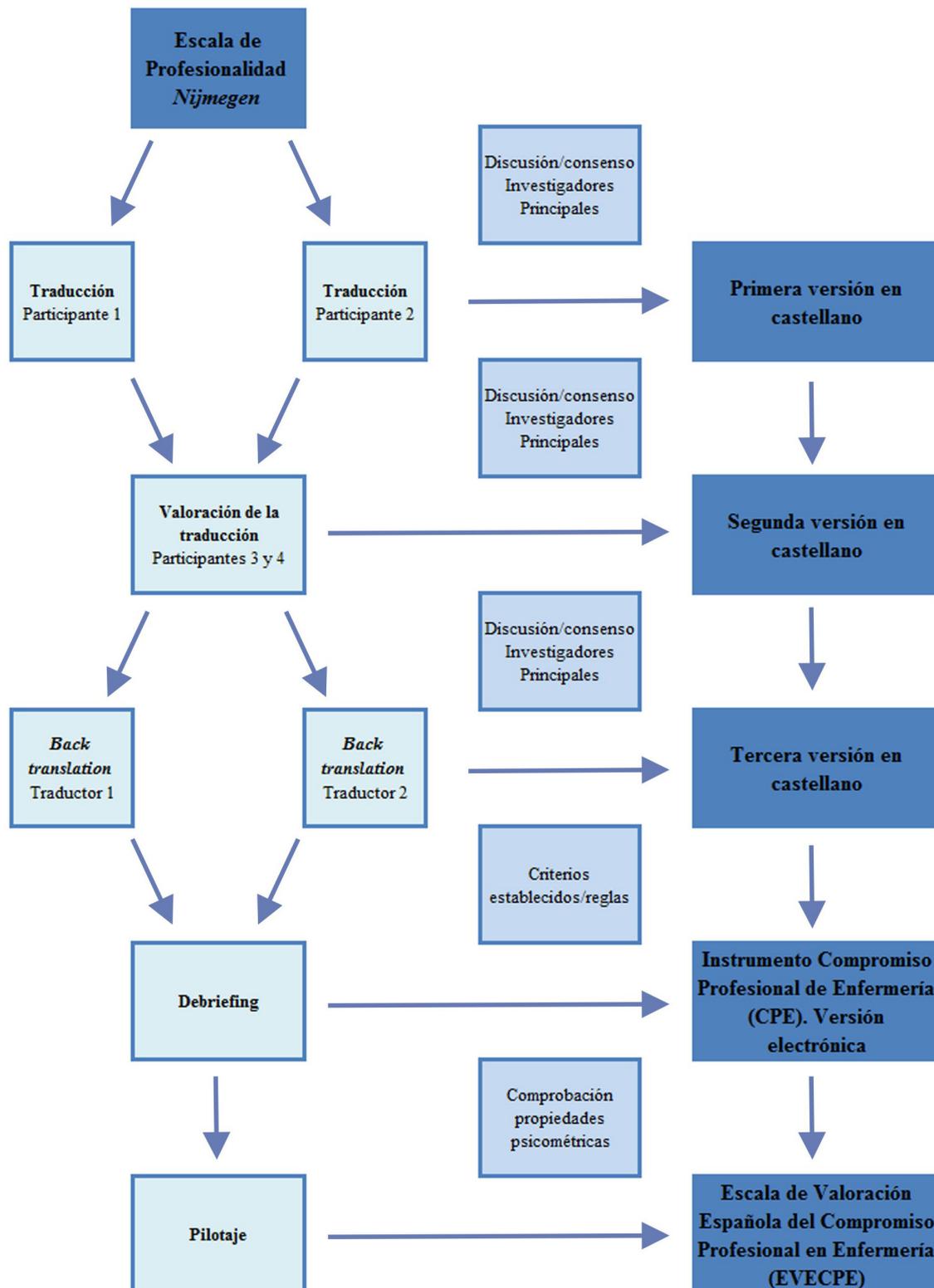
- Artículos referentes exclusivamente a profesiones sanitarias distintas a la enfermería.
- Informes sobre métodos de enseñanza del concepto.
- Evaluación o medición del compromiso profesional mediante el uso de instrumentos (en una escala concreta o subescala).

Después, tras examinar profundamente los documentos seleccionados, siguiendo la metodología propuesta, se identificaron: el objeto de análisis y el ámbito, los términos sustitutos, los atributos o componentes del concepto, los factores relacionados, las variaciones socioculturales y temporales, un caso ejemplo, las consecuencias de su estudio y la definición del concepto (reflejados en el apartado 6.1.2 Resultados análisis de concepto revisión bibliográfica en profundidad).

4.2.2. Procedimiento de adaptación de la Escala Nijmegen a la enfermería española

Todo el proceso de adaptación de la Escala Nijmegen a la enfermería española puede consultarse en la Figura 4.

Figura 4. Procedimiento de adaptación de la Escala Nijmegen a la enfermería española



4.2.2.1. *Translation-back translation method* (método traducción retrotraducción)

Se partió de la versión original de 106 ítems en inglés, que fue traducida al castellano por dos personas bilingües, con lengua de origen española y con experiencia en literatura científica sanitaria. Se les solicito que primara la equivalencia de concepto más que la traducción literal, para no trasladar la estructura gramatical del inglés a la versión en castellano, y que valoraran la dificultad en la traducción (Cuñado, et al., 2002; Gaité, et al., 1997). Ambas traducciones fueron discutidas por el equipo investigador, hasta alcanzar un consenso creando una primera versión del instrumento en castellano (Cuñado, et al., 2002).

Tras ello dos profesionales enfermeros con perfil asistencial y experiencia laboral en países de habla inglesa, evaluaron la dificultad en la traducción, la equivalencia conceptual, la claridad y la comprensión, y la naturalidad que ayudaron a realizar las modificaciones pertinentes por parte de los investigadores principales para mejorar dicha versión (Cuñado, et al., 2002; Gaité, et al., 1997).

Dos traductores especializados (bilingües pero con lengua de origen inglesa, uno británica y otro americana) retrotradujeron dicha versión al inglés, de manera independiente y ciega (Machón, et al., 2014), es decir, no conocieron hasta el final del proceso que se trataba de una retrotraducción ni que lo hacían de manera paralela dos traductores profesionales. Tras concluir con su labor, se les dio a conocer el objetivo del estudio y amablemente evaluaron la equivalencia conceptual y la dificultad en la retrotraducción (Cuñado, et al., 2002), lo que ayudó a generar una nueva versión apta para el proceso de *debriefing* (Anexo II).

4.2.2.2. *Debriefing*

La utilización de esta técnica, pretende conseguir varios objetivos:

1. Identificar las palabras, términos o conceptos que los participantes no entienden, no interpretan sistemáticamente, o no interpretan lo que el investigador pretende.
2. Identificar las cuestiones que no se pueden responder con precisión y/o se tienen dudas sobre sus respuestas.
3. Evaluar las opciones de respuestas cerradas.
4. Evaluar la sensibilidad de los ítems.

5. Obtener sugerencias para la revisión de la redacción de los ítems y estructura del instrumento (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

En el presente trabajo para contrastar hasta qué punto funciona el instrumento como se pretende y verificar si los ítems provocan el tipo de reacción deseada, es decir, estudiar la factibilidad de la versión obtenida tras el proceso de traducción retrotraducción, se reunió un conjunto de 24 profesionales enfermeros con perfiles diferentes (explicados en el apartado 4.2.2.4. Representatividad de los participantes, muestra), a los que se les explicó la finalidad de su participación mediante una Hoja Informativa y aceptación del Consentimiento Informado (Anexo III).

En concreto, se pretendía descubrir la opinión sobre las características de cada ítem expuesto: posibilidad de eliminación (sí, no), idoneidad de pertenencia con respecto a los demás ítems de la misma dimensión (1-mínima, 5-maxima), relevancia (1-mínima, 5-maxima) y necesidad de modificación (sí, no) relacionándola además con la claridad y comprensión (1-claro y comprensible, 2-difícil de entender, 3-incomprensible), la naturalidad (1-muy natural, 2-bastante natural, 3-nada natural) y familiaridad, mediante los métodos de indagación (*probing*) y parafraseo (*paraphrasing*) -redactar significado percibido con sus propias palabras-, con los que se pudo comprobar la comprensión. Estas aportaciones así como las respuestas a unas preguntas sobre el instrumento en general, se usaron para las modificaciones pertinentes sobre los ítems, tras el análisis estadístico de los resultados (Gusi, et al., 2009; Ojeda, et al., 2012).

Para decidir los descartes y modificaciones en cuanto al lenguaje y expresión de los ítems, se aplicaron de manera secuencial, los siguientes criterios preestablecidos:

Regla uno: En este punto se estableció un criterio de techo, de forma que, si al menos el 10% de los participantes estaban de acuerdo con la posibilidad de eliminación de un ítem, éste se descartaría.

Regla dos: En este sentido, se decidió que si al menos un 10% consideraba la idoneidad, condición necesaria para poder incluir el ítem dentro del dominio, como mínima o poca (1-2), se prescindiría de él.

Regla tres: Con respecto a la relevancia, como en los casos anteriores, se estableció que si al menos un 10% de los participantes consideraba que un ítem tenía mínima o poca relevancia (1-2), éste se eliminaría del instrumento.

Regla cuatro: Para la modificación de los ítems se evaluaron tres características, la necesidad de modificación, la claridad y comprensión, y la naturalidad. Se estableció entonces como criterio que si al menos un 10% afirma la modificación de un ítem o el resto de características no se consideraban optimas (claro y comprensible (1), y muy natural o bastante natural (1-2)) para al menos el 60% de los participantes, el ítem se modificaría. De esta manera, para que un ítem no fuera modificado, tuvieron que ser óptimas las tres características descritas. Los métodos de indagación (*probing*) y parafraseo (*paraphrasing*) fueron necesarios para realizar las modificaciones pertinentes.

Estas reglas se establecieron por consenso consultando a un experto en estadística. Se consideró que un 10% (criterio usado de manera habitual) dificultaría la pérdida de contenido relevante, pero garantizaría el descarte de ítems sin valor para el objetivo del presente trabajo, primando la simplicidad. De la misma manera, se consideró suficiente que al menos hubiera más de la mitad de participantes, el 60% (criterio usado de manera habitual) para la modificación de un ítem.

4.2.2.3. Validación y pilotaje del cuestionario traducido y adaptado

Los participantes en la fase de pilotaje (informantes clave), fueron propuestos por los componentes del equipo de profesionales que participó en el *debriefing* (proceso detallado en el apartado 4.2.2.4. Representatividad de los participantes, muestra). Para llevar a cabo este proceso de manera más económica y factible, se habilitó una versión electrónica del cuestionario a pilotar (Anexo IV) y se contacto con dichos participantes mediante correo electrónico, con posibilidad de contacto telefónico y/o entrevista personal. Se les envió la información pertinente, que explicaba la finalidad del estudio, la voluntariedad de participación, la garantía del anonimato tanto de la participación como de la respuesta y el acceso a la plataforma electrónica para poder participar. Se completaron las explicaciones mediante una Hoja Informativa proporcionada antes del comienzo de la cumplimentación del instrumento, al igual que el Consentimiento Informado (Anexo V).

Además de las respuestas, se recogieron algunos datos sociodemográficos de los participantes: Sexo, edad, número de personas a cargo (hijos, adultos dependientes, u otros), nivel académico (doctorado/máster/enfermero especialista (EIR)/experto, posgrado o estudios similares/graduado, licenciado, diplomado en otra materia/ preparación de oposición/ otros/solo graduado, diplomado, ayudante técnico sanitario en enfermería), tiempo en el ejercicio profesional, puesto actual, tiempo en el puesto actual, función (función asistencial hospitalaria/función asistencial atención primaria/función asistencial en otro ámbito/función gestora-administrativa/función investigadora/función docente/estudiante), tipo de relación contractual (personal fijo/personal interino/personal eventual/ninguno) y dedicación (jornada completa/jornada reducida/ninguna).

Se añadió una pregunta ad hoc, formulada tras la cumplimentación del instrumento, para conocer la relación del mismo con la reflexión sobre el tema abordado, puesto que en las fases anteriores los participantes del *debriefing* insistieron en la posible utilidad de esta herramienta sobre dicho aspecto; “¿Este cuestionario le ha invitado a la reflexión personal sobre el compromiso profesional en la profesión enfermera?”, siendo las opciones de respuesta; mucho, bastante, poco, nada o no lo he pensado. Los datos se recogieron durante el primer trimestre del año 2016.

La validez del instrumento adaptado se garantizó comprobando la validez de contenido, de constructo y de criterio. La confiabilidad del instrumento de medida, a través de la consistencia interna, la estabilidad temporal y la valoración de la utilidad. La fiabilidad inter-evaluador no se exploró, debido a que se trataba de un instrumento autoadministrado.

La validez de contenido ya garantizada por el carácter multidisciplinar del instrumento original, se corroboró tras la revisión bibliográfica, que permitió un pormenorizado análisis del concepto, mediante el proceso exhaustivo de traducción y retrotraducción y el estudio de la factibilidad, asegurada mediante los procedimientos descritos con anterioridad. Se usaron los criterios de calidad para el diseño, métodos y resultados en la evaluación de los cuestionarios de salud descritos por Terwee et al. (2007) que pueden consultarse en la Figura 5 (Menezes, et al., 2009; Uysal, et al, 2013).

Figura 5. *The quality criteria for psychometric properties of health status questionnaire*

The quality criteria for psychometric properties of health status questionnaire	
Internal consistency	Internal consistency is a measure of the homogeneity of a (sub) scale. It indicates the extent to which items in a (sub) scale are intercorrelated, thus measuring the same construct. Factor analysis should be applied to determine the dimensionality of the item – this is to determine whether or not they formed only one overall dimension or more than one.
Construct validity	Content validity examines the extent to which scores on a particular questionnaire relate to other measures in a manner that is consistent with theoretically derived hypotheses concerning the concepts that are being measured.
Reproducibility	The degree to which repeated measurements in stable persons (test retest) provide similar answers.
Reliability	The extent to which patients can be distinguished from each other, despite measurement errors (relative measurement error).
Agreement	The extent to which the scores on repeated measures are close to each other (absolute measurement error).
Responsiveness	The ability of a questionnaire to detect clinically important change over time in the concept being measured. A predefine hypotheses about the relation of change in the instrument to corresponding changes in reference measures should be postulated.
Floor and ceiling effects	The number of respondents who achieved the lowest or highest possible score.

Tomado de: Menezes-Costa, L. daC., Maher, C. G., McAuley, J.H. & Pena-Costa, L. O. (2009). Systematic review of cross-cultural adaptations of McGill Pain Cuestionnaire reveals paucity of clinimetric testing. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(9), 934-943. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.03.019.

Para asegurar la validez de constructo se realizó un análisis factorial y, como último paso, se presentó toda la documentación, informes, formularios, datos estadísticos, etc., a todos los colaboradores y participantes del proceso de traducción y validación, que dispusieron así de medios para verificar la adecuación de todo el proceso (Beaton, et al., 2000).

Para descubrir la existencia de la validez de criterio, es preciso comparar la escala con un patrón oro (*gold standard*), es decir la mejor escala disponible en el área de aplicación clínica sobre el tema a estudiar. En este caso, al no encontrar ningún instrumento validado para el

ámbito de la enfermería española, no pudieron determinarse dichos valores. No obstante, se consideró que las valoraciones de los participantes con respecto a la pregunta específica formulada tras la cumplimentación del instrumento (ad hoc), podían informar sobre si el instrumento posee cierta habilidad para, al menos, invitar a la reflexión de los participantes (Kulich, et al., 2005).

Para valorar la estabilidad temporal del cuestionario, se planteó realizar una prueba test-retest, analizando las respuestas de los participantes que contestaran al reenvío de la escala dos semanas después del primer envío, tras facilitar voluntariamente su dirección de correo electrónico para poder, en una segunda fase, emparejar los datos, una vez asegurado que no habían recibido ningún tipo de intervención en los conocimientos valorados por el instrumento. El objetivo era medir si la respuesta a los diferentes ítems de la escala, cuando se aplica en diferentes momentos, permanece estable respecto a la condición que se mide, esperando obtener unas correlaciones altas, estadísticamente significativas.

En cuanto a la utilidad, se consideraron los siguientes parámetros:

- La percepción del tiempo necesario para cumplimentar el cuestionario (mejor cuanto más breve), en función del número de ítems y su dificultad de respuesta.
- El formato de respuesta.
- El pilotaje sobre una muestra de la población a la que va dirigida.
- La facilidad de administración (Sánchez & Echeverri, 2004).
- La pregunta ad hoc para conocer la opinión de los participantes sobre la utilidad del instrumento elaborado (Burgos, et al., 2012).

La recopilación de información se realizó mediante el programa Excel. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA versión 10.

4.2.2.4. Representatividad de los participantes, muestra

En cuanto al heterogéneo perfil del panel de expertos en la fase de *debriefing*, se siguieron las recomendaciones propuestas por el trabajo de Gaité et al. (1997) en cuanto a la utilidad de este recurso en la adaptación de instrumentos a otra lengua. Este estudio recomienda que el grupo de expertos esté formado por al menos cuatro personas monolingües, libres de

contaminación idiomática, que puedan centrarse solo en el sentido que realmente expresa cada ítem y la adecuación de su formulación lingüística, y algún miembro bilingüe que valore la adecuación. Estos individuos deben tener gran dominio del idioma y no estar familiarizados con el instrumento original, pero especialmente se insiste en que sean perfiles que previsiblemente sean representativos de la población a la cual se aplicaría posteriormente el instrumento en cuestión. Por todo ello, se decidió contar con un profesional enfermero bilingüe, y al menos dos representantes de los perfiles profesionales más habituales que se pueden encontrar en la enfermería española (monolingües), para que el grupo fuera lo más heterogéneo posible. Finalmente, se contó con 24 profesionales: un profesional con perfil asistencial y experiencia laboral en países de habla inglesa (bilingüe), dos profesionales sanitarios con experiencia científica sanitaria, dos docentes de Grado de Enfermería, dos enfermeros asistenciales, dos enfermeros dedicados a la gestión, dos enfermeros con el título de Doctor, dos investigadores del ámbito de la enfermería (estudiantes de Doctorado), dos enfermeros especialistas, dos enfermeros internos residentes, dos enfermeros con título de Máster, dos estudiantes de Máster, dos estudiantes de Grado de enfermería y excepcionalmente debido a su experiencia y compromiso con la profesión una enfermera jubilada.

En cuanto a la fase de pilotaje, debido a que la finalidad del estudio era la validación de un instrumento, que pretende estudiar un fenómeno homogéneo en la población a estudio y no la del análisis de resultados obtenidos, se decidió tomar una muestra representativa de la población objeto de estudio, por medio de un muestreo no probabilístico, oportunista. Para el cálculo del tamaño muestral se siguieron las recomendaciones para efectuar un análisis factorial: tener un mínimo de 5 sujetos por variable a analizar (Chang & Yeh, 2016; Cuñado, et al., 2002). Los participantes (informantes clave) fueron propuestos por el panel de expertos que participaron en la fase anterior (*debriefing*). Para lograr una muestra heterogénea, se contó con profesionales de diferentes perfiles laborales (función asistencial -hospitalaria o primaria-, gestora-administrativa, investigadora o docente) y estudiantes que cumplieran los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Participación voluntaria en el estudio previa aceptación del Consentimiento Informado.
- Profesionales que previsiblemente puedan reconocer todas las dimensiones de la herramienta (a juicio del equipo de expertos para el *debriefing*).

Criterios de exclusión:

- Profesionales con un incorrecto dominio del castellano.

Para aumentar la validez del método muestral utilizado y para lograr una muestra de participantes en la fase de pilotaje representativa de la población objeto de estudio, además del cumplimiento de los criterios de selección para su participación, se decidió incluir la condición de que el conjunto de los participantes debía tener características sociodemográficas básicas similares, con un $\pm 5\%$ de margen, a las descritas por el único estudio sociológico reciente encontrado y llevado a cabo en España sobre la enfermería (Rodríguez & Bosch, 2005). Esta condición se pudo confirmar (Gráfico 1 y 2), en el momento en que se cerró la fase de obtención de respuestas de los participantes invitados a colaborar en la fase de pilotaje, antes de proceder al análisis estadístico de los resultados. Dado que la respuesta al instrumento se realizaba por medio de una plataforma electrónica, y se cerraría cuando se alcanzara al menos los 245 participantes cumplidores de los criterios de inclusión y exclusión, ya comentados, para poder realizar el análisis factorial, era esperable que el número final de participantes en esta fase, superara levemente este número mínimo, siendo finalmente 249.

Gráfico 1. Comparación de las características sociodemográficas (variables cualitativas) descritas por Rodríguez & Bosch (2005), con los participantes de la fase de pilotaje

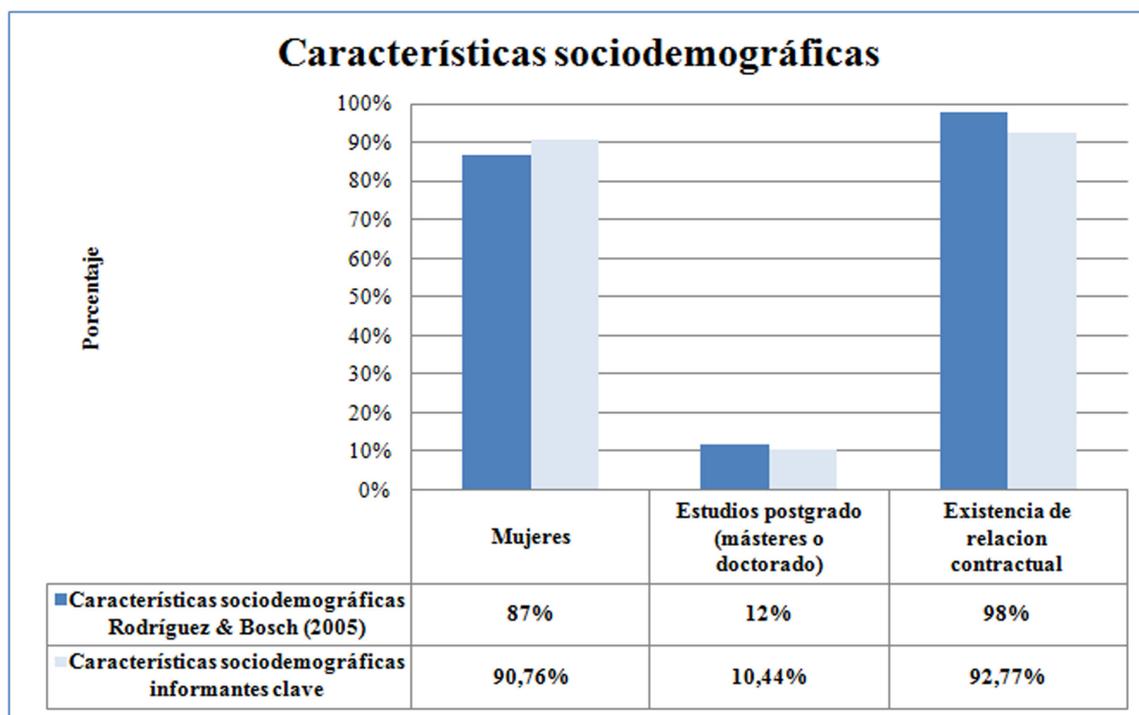
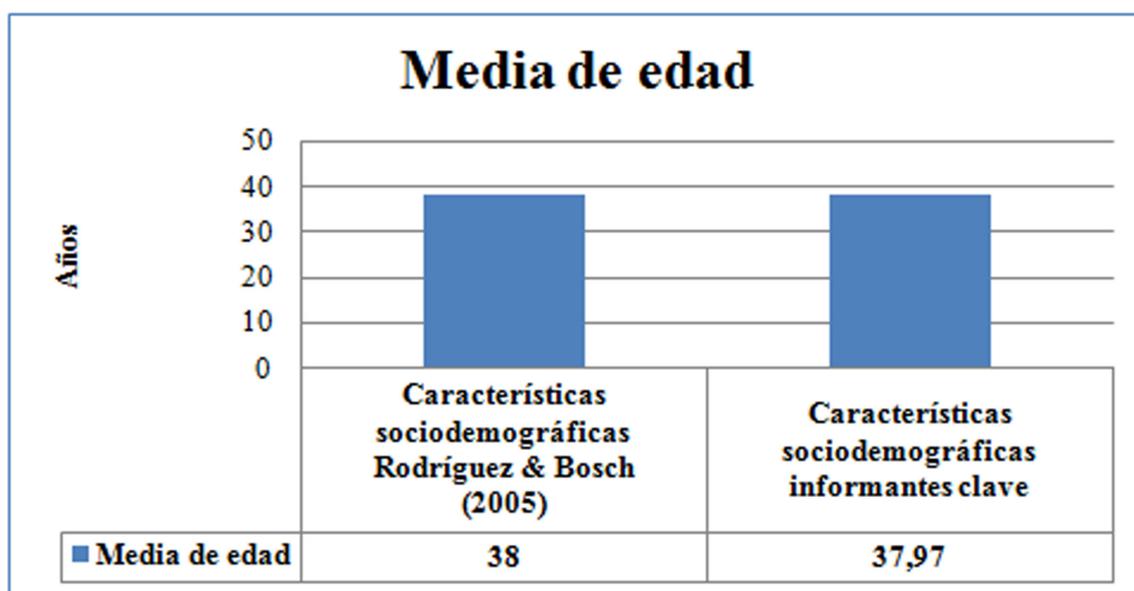


Gráfico 2. Comparación de las características sociodemográficas (variables cuantitativas) descritas por Rodríguez & Bosch (2005), con los participantes de la fase de pilotaje



Para la comprobación de la estabilidad temporal, se envió una nueva solicitud de cumplimentación de la escala a todos los participantes. Finalmente se logró una alta participación, 162 (65%) profesionales, pudiendo emparejar 115 respuestas.

4.3. Procedimientos estadísticos

Para asegurar la validez de constructo, se utilizó la técnica del análisis factorial, desarrollando un análisis factorial confirmatorio que, a diferencia del exploratorio, fija los factores a priori, utilizándose como contraste para su corroboración. Es muy útil en el análisis de escalas, cuando se conoce que un instrumento validado en un país extranjero, tiene un número determinado de factores y se pretende validar dicha escala en otro contexto.

Para descubrir la adecuación del uso del análisis factorial, se realizaron dos pruebas. Para medir la adecuación muestral se escogió la propuesta por Kayes, Meyer y Olkin (KMO). Se puede definir el coeficiente de correlación parcial como un indicador de la fuerza de relación entre dos variables, eliminando la influencia del resto. Con esta definición, si las variables comparten factores comunes, el coeficiente de correlación parcial debería ser bajo, ya que se eliminarán los efectos lineales de otras variables. Resumiendo, para que un análisis factorial sea aplicable a las variables, la medida de adecuación muestral debería ser próxima a 0. En consecuencia, si existe un valor alto, podemos pensar en eliminar del análisis ese ítem. El KMO toma valores entre 0 y 1, y al igual que cualquier correlación cuanto mayor sea este valor, mejor será el análisis factorial. De esta forma se aconsejan valores mayores de 0,75. Viene dada por la ecuación:

$$KMO = \frac{\sum_{j \neq i} \sum_{i \neq j} r_{ij}^2}{\sum_{j \neq i} \sum_{i \neq j} r_{ij}^2 + \sum_{j \neq i} \sum_{i \neq j} r_{ij(p)}^2}$$

Donde r_{ij} es el coeficiente de correlación parcial entre las variables x_i y x_j eliminando la influencia del resto de variables.

Por otro lado se usó el Test de esfericidad de Bartlett para examinar la matriz de correlaciones. Este test contrasta la hipótesis, siempre bajo la normalidad multivariante, de que la matriz de correlaciones es la identidad. Esto significaría, que las variables no están relacionadas entre sí, coeficientes de correlación dos a dos nulas. Bajo la hipótesis nula el estadístico de este contraste se distribuye de forma asintótica como una chi-cuadrado con $p(p-1)/2$ grados de libertad, donde p sería el número de variables o ítems introducidos en

el análisis. Concluyendo, si no se rechaza la hipótesis nula, significaría que las variables no están relacionadas y, bajo este supuesto, se debería reconsiderar la aplicación de un análisis factorial.

Ya que el objetivo fundamental del análisis factorial es determinar un número reducido de factores, que puedan representar a los ítems originales se llevo a cabo una extracción de factores. Un modelo factorial tiene la siguiente forma;

$$R_p = AA' + \psi$$

Donde R_p es la matriz de correlaciones poblacionales de las p variables o ítems incluidos en el análisis, y ψ es una matriz diagonal de las especificidades.

En este caso, las soluciones dadas para la matriz A no tienen por qué ser únicas, sino que puede haber diferentes soluciones. En este contexto aparecen lo que se conoce con el nombre de rotaciones de la matriz, rotaciones ortogonales de cargas factoriales que no altera el modelo, que nos ofrece distintas soluciones sin modificar el modelo. Existen diversos métodos para extraer factores. Se usó el método de Componentes Principales que es el más conocido en la literatura y, con diferencia, el más utilizado. Para la determinación del número de factores, se siguió el modelo de la escala original, seleccionando 4 dimensiones.

Para el estudio de la consistencia interna se hizo uso del coeficiente alfa de Cronbach, que es un modelo de consistencia interna basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. Más concretamente, se obtiene como promedio de los coeficientes de correlación de Pearson, entre todas las preguntas si las puntuaciones de los mismos están estandarizadas. La expresión para calcular el alfa de Cronbach viene dado por:

$$\alpha = \frac{K\bar{p}}{1 + (K - 1)\bar{p}}$$

Donde K es el número de preguntas y \bar{p} la media de correlaciones entre preguntas.

Al evaluar los resultados de estos coeficientes debe tenerse en cuenta que sus valores se afectan por el número de ítem en la escala; según esto, al aumentar el número de ítem del instrumento, el valor del coeficiente alfa se incrementa de forma artificial. Los valores que se recomiendan para estos índices son entre 0,7 y 0,9 (70% a 90%) (Cabrera, et al., 2001). Valores bajos sugieren que la escala es poco homogénea. Esto puede interpretarse como que la escala puede estar evaluando diferentes fenómenos y que no muestra consistencia

ante diferentes condiciones de aplicación. Valores mayores de 0,9, sugieren una estructura demasiado homogénea, en la cual probablemente existan ítems redundantes por lo que cabría la posibilidad de que éstos sean eliminados.

Para valorar la estabilidad temporal del instrumento se planteó realizar una prueba test-retest, para ello, tras la comprobación de la distribución de las variables, se utilizó el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman.

5. Consideraciones éticas

Esta investigación ha contado con una prestación económica cedida de manera altruista, sin ningún conflicto de intereses, por la Fundació Víctor Grífols i Lucas, beca concedida en un proceso competitivo.

Fred Tromp, autor principal, ha autorizado el uso de la Escala *Nijmegen* para la presente investigación (Anexo VI). El Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) emitió un dictamen favorable para su realización el 18 de marzo de 2015 (Anexo VII).

Los datos recogidos, como su almacenamiento informático, cumplen con las recomendaciones de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (ley 15/1999 de 13 de diciembre) y la Declaración de Helsinki. Se aseguraron los derechos y libertades de los sujetos, la confidencialidad y la protección de su intimidad y privacidad. Para ello, se facilitó una Hoja de Información que explicó de forma clara, veraz y comprensible el objetivo de la investigación y el carácter voluntario de su participación, así como el documento de Consentimiento Informado que contemplaba la posibilidad de revocación en cualquier momento del proceso de investigación (Anexos III y V).

6. Resultados

6.1. Revisión bibliográfica en profundidad

A los 126 artículos referenciados en los artículos primarios, se sumaron las 1.885 referencias encontradas siguiendo los criterios de búsqueda descritos anteriormente (apartado 4.2.1. Proceso de revisión bibliográfica y análisis de concepto) y 499 referencias obtenidas tras la consulta de los sumarios de la revista *Nursing Ethics*. En total se analizaron 2.510 referencias.

Se eliminaron mediante el primer cribado, 1.022 duplicados, 8 documentos que fueron imposibles de conseguir, 1 referencia que no se pudo comprobar que existiera y 4 libros. Tras ello, se analizaron exhaustivamente los títulos y resúmenes del resto de referencias, descartando 1.264, que aun incluyendo dichos descriptores, se referían a los temas que a continuación se exponen.

Relacionados con los profesionales enfermeros:

- Competencia técnica, competencia clínica (capacidad de elegir y utilizar una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes con la intención de desarrollar una tarea en un determinado contexto (Jenaro, et al., 2011)), decisiones clínicas competentes, Práctica Basada en la Evidencia, profesionalismo (entendido como el proceso para la toma de decisiones clínicas) y calidad asistencial.
- Compromiso organizacional, compromiso afectivo y compromiso social.
- Modos de análisis o metodología para la toma de decisiones éticas, actitud ante injusticias o comportamientos poco éticos, valores o virtudes de enfermería, reflexiones sobre la esfera humanista de la profesión, responsabilidad en la prestación de los cuidados y papel de enfermería en cuanto a la salvaguarda de los derechos del paciente.
- Características del trabajo, satisfacción laboral e intención de abandonar la profesión.
- Percepción de los profesionales con respecto a la calidad de atención hacia los pacientes, incentivos económicos, síndrome del *burnout*, estrés, estrés emocional y autopercepción.

- Cuidados paliativos o compromiso con la última etapa de la vida de los pacientes.
- Relaciones interprofesionales.
- Liderazgo y gestión e influencia de enfermería en la política sanitaria.
- Historia de la profesionalización de la enfermería.

Relacionados con la formación de estudiantes o profesionales:

- Compromiso de los docentes hacia su profesión.
- Necesidades educativas de la profesión centradas en habilidades técnicas, simulación clínica y capacitación para la práctica clínica.
- Recursos educacionales para los estudiantes de enfermería y papel del tutor o mentor.
- Currículum oculto.
- Necesidad de investigación en la profesión.

Relacionados con pacientes o usuarios:

- Compromiso de los pacientes a la hora de seguir tratamientos o indicaciones.
- Seguridad del paciente en cuanto a la administración de cuidados.
- Interculturalidad, transculturalidad y religiosidad o espiritualidad.
- Satisfacción percibida por los pacientes y percepción de la sociedad sobre la profesión enfermera.

Con el segundo cribado se descartaron 123 documentos que no cumplían los criterios de selección anteriormente explicados (apartado 4.2.1. Proceso de revisión bibliográfica y análisis de concepto), incluyendo 5 originales en alemán, 3 en francés, 1 en italiano, 1 en chino, 4 en portugués y 17 en coreano que se obtuvieron pese a la limitación idiomática de la búsqueda, puesto que el título y/o resumen estaban redactados en inglés.

Se actualizó de nuevo la búsqueda, hasta junio de 2015, dando como resultado 359 referencias, a las que se añadieron 45 encontradas en la revista *Nursing Ethics*. En total se analizaron 404 trabajos.

Siguiendo el mismo procedimiento de cribado, se eliminaron 158 duplicados. Tras ello se llevo a cabo el análisis, sobre el título y resumen, que descartó 218 artículos que incluían temáticas que no estaban directamente relacionadas con el concepto a estudiar, muy similares a las encontradas anteriormente y que se exponen a continuación.

Relacionados con los profesionales enfermeros:

- Competencia técnica, Práctica Basada en la Evidencia y riesgos profesionales.
- Compromiso organizacional y compromiso afectivo.
- Satisfacción laboral e intención de abandonar la profesión.
- Incentivos económicos, síndrome del *burnout*, estrés y estrés emocional.
- Modos de análisis o metodologías para la toma de decisiones éticas, actitud ante injusticias o comportamientos poco éticos y responsabilidad en la prestación de los cuidados.
- Cuidados paliativos o compromiso con la última etapa de la vida de los pacientes y comunicación terapéutica.
- Liderazgo y gestión e influencia de enfermería en la política sanitaria.
- Relaciones interprofesionales, clima organizacional y percepción del entorno de la práctica profesional.
- Historia de la profesionalización de la enfermería y autonomía en el ejercicio de la profesión.

Relacionados con la formación de estudiantes o profesionales:

- Compromiso de los docentes hacia su profesión.
- Recursos educacionales para los estudiantes de enfermería y papel del tutor o mentor.
- Aprendizaje de habilidades para aumentar la capacidad ética.
- Currículum oculto.
- Necesidad de investigación en la profesión.

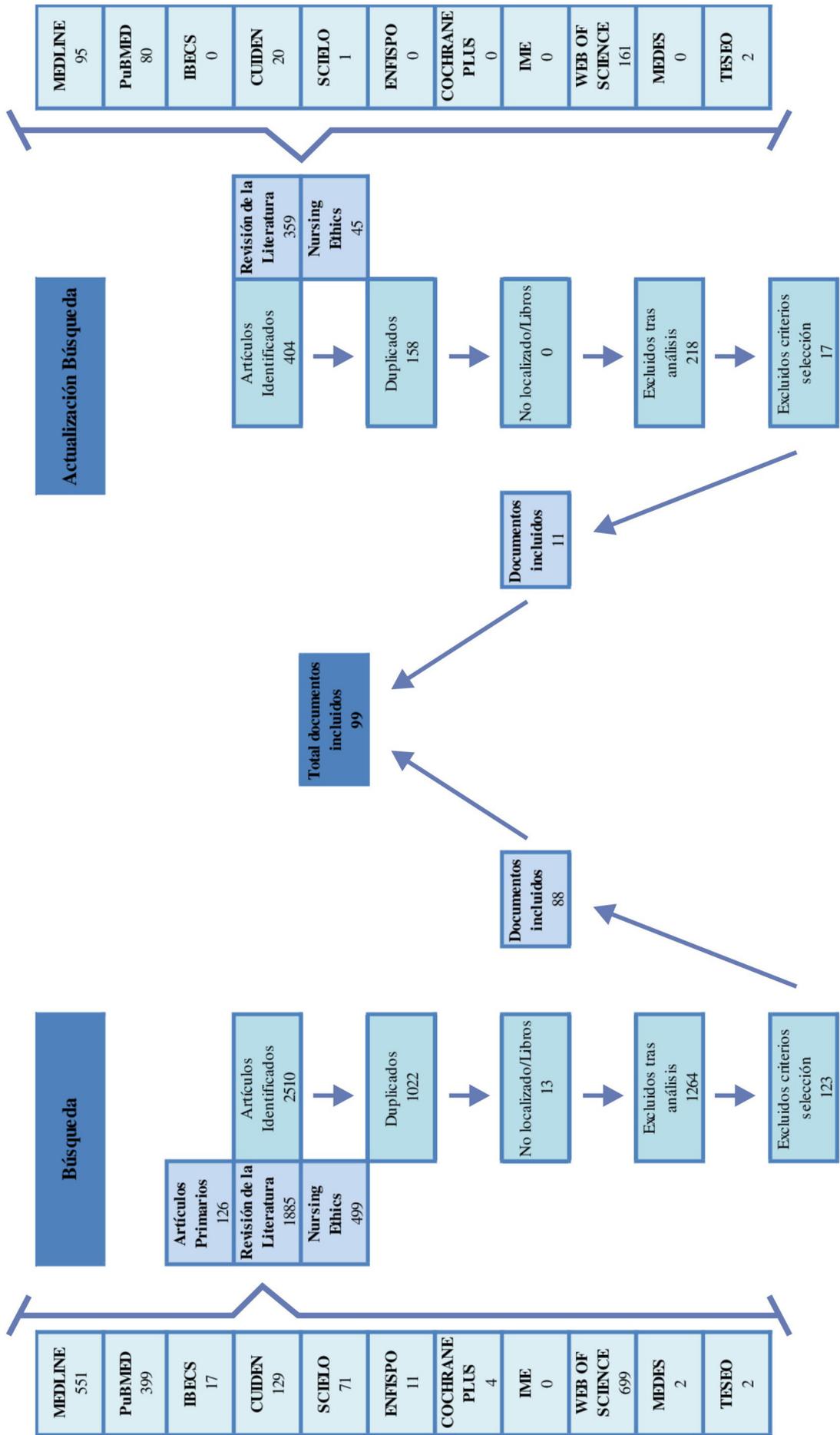
Relacionados con pacientes o usuarios:

- Educación sanitaria.
- Interculturalidad y transculturalidad.
- Percepción de la sociedad sobre la profesión enfermera.

Mediante el segundo cribado, se descartaron 17 documentos que no cumplían los criterios de selección, incluyendo 1 documento en alemán.

Tras todo este proceso que puede verse reflejado en la Figura 6, se analizaron en profundidad un total de 99 trabajos.

Figura 6. Proceso y resultados de la revisión bibliográfica en profundidad



6.1.1. Bibliométricos

Los 99 estudios analizados fueron publicados desde el año 1994 al 2015. 1994 (n=1); 1997 (n=1); 1998 (n=2); 2003 (n=2); 2006 (n=2); 2001 (n=3); 2007 (n=3); 1999 (n=5); 2004 (n=5); 2013 (n=5); 2015 (n=5); 2000 (n=6); 2002 (n=6); 2011 (n=7); 2012 (n=7); 2009 (n=9); 2010 (n=12); 2014 (n=18).

Algunas de las revistas donde estaban publicados los documentos revisados, no estaban incluidas en *Journal Citation Reports* (n=21), no obstante, la gran mayoría, poseían un índice de impacto alto Q1 (n=49), Q2 (n=11), Q3 (n=10) y Q4 (n=8).

Los descriptores o términos incluidos en los títulos de los artículos seleccionados, se encuentran; *Commitment* (n=21), *Commitment and Engagement* (n=3), *Concept Analysis* (n=1), *Concept analysis and Commitment* (n=1), *Concept analysis and Professionalism* (n=2), *Engagement* (n=10), Profesionalismo (n=2), *Professional Practice* (n=1), *Professionalism* (n=53), ninguno de los descriptores de búsqueda (n=5) (referencias de artículos primarios).

El idioma prioritario fue el inglés, solo 3 artículos se encontraron en lengua castellana.

Fueron diversos los países y ámbitos poblacionales (en ocasiones multinacionales), donde se llevaron a cabo los estudios: Arabia Saudita, Australia, Canadá, Chile, China, Colombia, Corea, España, Estados Unidos, Etiopía, Europa, Finlandia, Gran Bretaña, Reino Unido, Inglaterra, Irán, Israel, Italia, Japón, Noruega, Países Bajos, Portugal, Sudáfrica, Taiwán y Turquía.

En cuanto al ámbito de estudio de la documentación analizada, tan solo 1 trabajo estudiaba de manera paralela el concepto de compromiso profesional en la medicina y la enfermería, 39 trabajos lo hacían en el ámbito de la medicina y 59 trabajos en el ámbito de la enfermería.

Estas características, además de las revistas donde fueron publicadas y los diseños o metodología de los documentos analizados, pueden consultarse en la Figura 7.

Figura 7. Características de los originales analizados en la búsqueda en profundidad

Características de los originales analizados en la búsqueda									
Año	1994/ 1997 (n=1)	1998/ 2003/ 2006 (n=2)	2001/ 2007 (n=3)	1999/ 2004/ 2013/ 2015 (n=5)	2000/ 2002 (n=6)	2011/ 2012 (n=7)	2009 (n=9)	2010 (n=12)	
Revista	AAOHN J./ Ann. Intern. Med./ Arch. fam. med./ Av. Enferm./ BMC Nurs./ BMJ/Camb. Q. Healthc. Ethics./ Can J Nurs Res/ Career dev. int./ Caspian J Intern Med/ Cienc. enferm. (Impr.)/ Contemp. Nurse./ Crit Care Nurs Q/ Eur. Psychiat. /Int. J. Nurs. Knowl/ Int. J. Psychol/ Iran. Red Crescent Med. J./ J Nurses Prof Dev/ J. Clin. Nurs. J. Korean Data Anal. Soc./ J. Nurs. Adm/ J. Nurs. Res./ J. Prof. Nurs/ J. Urol/ JAMA/ Med. J. Aust./ N. Engl. J. Med./ Nurs Educ Perspect/ Nurs NZ/ Nurs Times/ Nurs Womens Health/ Nurs. Clin. North Am./ Nurs. Crit. Care (n=1)	Acad. Emerg. Med./ Am. J. Bioeth/ Clin. Orthop. Rel. Res./ Int. J. Nurs. Pract./ Int. Nurs. Rev./ J. Nurs. Manag./ Lancet (n=2)	Int. J. Nurs. Stud./ Iran. j. nurs. midwifery res./ Med. Educ./ Mt. Sinai J. Med. (n=3)	Med. Teach. (n=5)	J. Adv. Nurs. (n=7)	Acad. Med. (n=10)			
Índice de impacto cuartil	Q4 (n=8)	Q3 (n=10)	Q2 (n=11)	No incluido en Journal Citation Reports (n=21)	Q1 (n=49)				
Términos usados	Concept Analysis/ Concept analysis-Commitment/ Professional Practice (n=1)	Concept analysis- Professionalism/ Profesionalismo (n=2)	Commitment-Engagement (n=3)	Otros términos (n=5)	Engagement (n=10)	Commitment (n=21)	Professionalism (n=53)		
Idioma	Castellano (n=3)	Inglés (n=96)							
País	Arabia Saudí/ Australia/ Australia-Estados Unidos de América (USA)/ Chile- Colombia/ Canadá-Inglaterra/ Corea/ Corea-China/ Etiopía/ Europa/ Finlandia/ Noruega/ Portugal (n=1)	Chile/ China/ España/ Inglaterra/ Israel/ Japón/ Sudáfrica/ Turquía (n=2)	Italia (n=3)	Reino Unido/ Taiwán (n=4)	Países Bajos (n=5)	Irán (n=6)	Canadá (n=7)	USA (n=40)	
Ámbito de estudio	Medicina y enfermería (n=1)	Medicina (n=39)	Enfermería (n=59)						
Diseño	Cuantitativo, descriptivo, transversal-longitudinal/ Estudio de casos/ Evaluación docente (n=1)	Cuantitativo, descriptivo, longitudinal (n=2)	Análisis de concepto/ Mixto, transversal/ Revisión literaria (n=4)	Validación de un instrumento (n=6)	Cualitativo (n=12)	Discusión teórica (n=27)	Cuantitativo, descriptivo, transversal (n=37)		

Tras una lectura crítica más exhaustiva de los originales, vistos los resultados, para facilitar la comprensión, se decidió dividir los trabajos en dos grupos:

1. Trabajos que usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional, o aspectos relacionados con él: 57 originales.

Los diseños llevados a cabo por los originales que usaron instrumentos de medición fueron: análisis de concepto (n=1), cualitativo (n=7), cuantitativo, descriptivo, longitudinal (n=2), cuantitativo, descriptivo, transversal (n=36), cuantitativo, descriptivo, transversal-longitudinal (n=1), evaluación docente (n=1), mixto, transversal (n=3) y validación de un instrumento (n=6).

Las temáticas que abordaban los originales que usaron instrumentos fueron: características o atributos para ser buen enfermero, características/atributos/factores del concepto, concepto de compromiso profesional, evaluación de la validez de un instrumento, evaluación/medición del compromiso profesional o aspectos relacionados, métodos de enseñanza y percepción del concepto.

Estas y otras características como el país donde se llevaron a cabo las investigaciones, el objetivo, el número de participantes, los instrumentos usados, los resultados y conclusiones principales y la evaluación de la calidad, pueden consultarse en la Tabla 1, Tabla 2 y Anexo VIII.

Tabla 1. Características de los originales seleccionados en la búsqueda en profundidad, que usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional

Autor, año	País	Objetivo	Temas identificados	Participantes	Diseño	Instrumentos
Arnold, et al., 1998	Estados Unidos de América (USA)	Evaluar una escala que mide las actitudes y los comportamientos asociados con la educación médica y el entorno de formación profesional.	Evaluación de la validez de un instrumento.	529	Validación de un instrumento.	El cuestionario consta de 14 ítems, cada uno de los cuales refleja un componente particular de profesionalismo operacionalmente definido por la American Board of Internal Medicine (ABIM).
Bagraim & Butler, 2012	Sudáfrica	El propósito de este estudio es explorar la relación entre el absentismo y el compromiso. Se examinaron varios tipos de compromiso afectivo, la continuidad y el compromiso normativo) de múltiples focos de compromiso la organización, compañeros de trabajo y de la profesión de enfermería). El absentismo se mide de diversas maneras, a pesar de que no se dispuso de registros de la organización.	Evaluación/medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	227	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	No se han descrito.

Beukes & Botha, 2013	Sudáfrica	El objetivo principal de este estudio fue investigar la relación entre el compromiso organizacional, engagement y significado del trabajo entre el personal de enfermería en varios hospitales.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	199	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	The Organisational Commitment Questionnaire, Utrecht Work Engagement Scale, Work-Life Questionnaire y un cuestionario biográfico.
Brownell & Cote, 2001	Canadá	Determinar la postura residentes seniors sobre el sentido del profesionalismo y cómo lo aprendieron.	Percepción del concepto-Métodos de enseñanza.	258	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	El cuestionario fue desarrollado específicamente para este estudio y fue probado en el campo en un pequeño número de residentes y profesores.

Brunetto, et al., 2013	Australia- USA	Se examinó el impacto de las relaciones de trabajo apoyo organizativo percibido, relaciones entre supervisor de enfermería y el trabajo en equipo) en el compromiso, el bienestar, el compromiso organizacional y las intenciones de rotación (turnover) de las enfermeras que trabajan en hospitales de Australia y USA.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	1228	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	<p>Leader-Member Exchange LMX) mide la satisfacción de los empleados con la calidad de la relación con su supervisor Mueller y Lee 2002). Satisfaction with Teamwork se midió utilizando Rubin, Palmgreen and Sypher's 1994) versión de una encuesta en la cultura organizacional desarrollado por Glaser, Zamanou y Hacker 1987). Perceived Organizational Support se midió utilizando Eisenberger et al. 1997). Bienestar se midió utilizando la escala de Brunetto et al. 2011). Employee Engagement se midió utilizando Schaufeli y Bakker 2003). Organizational Commitment scale Allen and Meyer 1990). Turnover Intention scale adaptada de Meyer et al. 1993).</p>
Caricati, et al., 2014	Italia	Investigar el efecto de algunas variables psicosociales sobre la satisfacción laboral de las enfermeras.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	576	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	<p>Work Value Orientation se evaluó con elementos ad hoc. Italian version Taddia et al. 2007) of the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale McCloskey 1974, Mueller & McCloskey 1990). Care Unit subscale of the ICONAS questionnaire Indagine di Clima Organizzativo Nelle Aziende Sanitarie [Organisational Climate Survey in Healthcare Organisations]). Compromiso profesional se midió a través de ocho ítems que piden indicar su acuerdo con ciertas afirmaciones Mlicki & Ellemers 1996, Le Blanc et al. 2010).</p>

Catlett & Lovan, 2011	USA	Investigar las cualidades de una buena enfermera y la ética en la toma de decisiones.	Características o atributos para ser buen enfermero.	20	Cualitativo.	Una entrevista, mediante cuatro frases a completar.
Çelik & Hisar, 2012	Turquía	Determinar el efecto del comportamiento profesional de las enfermeras sobre su satisfacción en el trabajo.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	531	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Dos cuestionarios que incluían características demográficas, Behavioral Inventory Form for Professionalism in Nursing (BIPN) y el Minnesota Satisfaction Questionnaire.
Chang, 2014	Taiwán	Este estudio utiliza los efectos de la interacción de la emoción y la frustración en el trabajo para evaluar su influencia en el compromiso profesional de las enfermeras.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	735	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	The Socio-Demographic Inventory, Professional Commitment Scale (PCS), Work Excitement Scale (WES), and Work Frustration Scale (WFS).

Chen, et al., 2009	Taiwán	Examinar la relación de la crisis del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en 2003 con el grado de intercambio de conocimientos y compromiso profesional del personal de enfermería en Taiwán.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	2833	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Una encuesta de información básica recogió datos personales, SARS' Impact Profile, Knowledge Sharing Inventory, extraído de 'Knowledge Sharing Index' desarrollados por Wang and Shyu 2003), Professional Commitment Scale revisado por Lu et al. 2001).
Cohen & Veled, 2010	Israel	Examinar la relación entre la socialización organizacional y compromiso en el lugar de trabajo compromiso organizacional afectivo, el compromiso en el trabajo, el compromiso del trabajo en grupo de trabajo, implicación con el trabajo e implicación con el empleo). También examina si esta relación se mantiene cuando la justicia organizacional se incluye en la ecuación.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	109	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Tres variables demográficas fueron examinadas: la edad, el sexo y el estado civil, la justicia organizacional se midió utilizando escalas Niehoff and Moorman's 1993), la socialización organizacional se midió utilizando la escala desarrollada por Haueter et al. 2003). Meyer y Allen 1984) para medir el compromiso organizacional afectivo. Compromiso en el trabajo de Blau 1988). Implicación con el empleo e implicación con el trabajo desarrollados por Kanungo 1979, 1982), Compromiso del grupo de Ellemers et al. 1998).
Drey, et al., 2009	Inglaterra	Explorar la relación entre el compromiso con el desarrollo profesional continuo, el compromiso con la profesión y la responsabilidad del National Health Service y, explorar las diferencias entre las enfermeras con roles estándares y ampliados.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	451	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Un breve cuestionario fue diseñado; se midieron los dos tipos de compromiso con una escala validada, Allen and Meyer, 1990.

Fantahun, et al., 2014	Etiopía	El estudio evaluó el nivel y los atributos de profesionalismo en enfermería en Mekelle, Tigray, Etiopía.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	210	Mixto, transversal.	El cuestionario se desarrolló a partir de RNAO guideline. Además se les hizo preguntas para obtener las características demográficas.
Fernández & Yáñez, 2014	Chile	Este estudio tiene como objetivo describir la manifestación del compromiso de las enfermeras que trabajan en los centros de atención primaria de salud PHC, ubicados en el municipio de San Pedro de la Paz, Chile en 2012.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	3	Cualitativo.	Entrevistas semi-estructuradas.
Galletta, et al., 2014	Italia	Analizar cómo los factores del entorno de trabajo de enfermería afectan en la identificación y el compromiso entre las enfermeras de la UCI.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	222	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Adaptación: Nursing Work Index-Revised Aiken and Patrician, 2000), Work Design Questionnaire (WDQ) Morgeson and Humphrey, 2006), Nursing Work Index-Revised (NWI-R) Aiken and Patrician, 2000), Survey of Perceived Organizational Support (SPOS) Eisenberger et al., 1986), Questionnaire of Organizational Satisfaction (QSO) Cortese, 2001), Organizational Commitment Questionnaire developed by Allen and Meyer 1990).

Gambino, 2010	USA	Informe de un estudio en enfermeras registradas sobre la motivación para entrar en la profesión, el compromiso ocupacional y la intención de permanecer en el trabajo hasta su jubilación.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	150	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Una versión adaptada: Blau's 2003) and Duffield et al. 2004), Spouse 2000) and Yang et al. 2004). Se preguntó la intención de permanecer en el empleo actual, intención de permanecer durante dos o más años y la intención de permanecer hasta la jubilación. Se añadió una sección demográfica.
Garrosa, et al., 2011	España	Examinar la influencia del estrés y los recursos personales optimismo, personalidad fuerte y competencia emocional) en enfermería sobre las dimensiones del burnout y el compromiso.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	508	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Datos sociodemográficos, Nursing Burnout Scale Garrosa et al., 2008; Moreno-Jiménez et al., 2000), Utrecht Work Engagement Scale Schaufeli et al., 2002), The Revised Life Orientation Test Scheier et al., 1994), The Hardy Personality Scale Garrosa et al., 2008; Moreno-Jiménez et al., 2000) y la Emotional Competence Scale ECS) Garrosa et al., 2005).
Gellatly, et al., 2014	Canadá	Se utilizó el análisis del perfil latente para identificar cualitativamente las categorías o perfiles de compromiso de enfermería. Se examinaron las asociaciones de los perfiles con la percepción de las relaciones en la unidad de trabajo y la intención de mantener el trabajo.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	336	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Compromiso organizacional se evaluó utilizando versiones acortadas de las escalas descritas por Meyer y Allen 1997). Las relaciones de trabajo de la unidad fueron evaluadas con nueve ítems. Las intenciones de mantenerse Colarelli, 1984).

Gibson, et al., 2000	USA	Descripción de la creación de la Oficina de Desarrollo Profesional y el Comité Asesor de Desarrollo Profesional del Estudiante en la Universidad de Northeastern Ohio Colegio de Medicina (NEOUCCOM).	Métodos de enseñanza.	4094	Cualitativo.	Professional Development Assessment Form (PDAF).
Green, et al., 2009	USA	Identificar y priorizar los signos de comportamiento del profesionalismo médico que son relevantes para los pacientes, médicos y enfermeras.	Características/ atributos/ factores del concepto.	22 grupos focales + 866	Mixto, transversal.	Se diseñó una encuesta nacional de 42 ítems para medir la importancia que los estadounidenses atribuyen a los comportamientos como signos de profesionalismo y para determinar si los pacientes están en condiciones de percibir estos comportamientos en el ámbito clínico. Encuesta de liderazgo médico y encuesta de liderazgo médico y enfermera. Debido que todos los ítems son relevantes, esta encuesta incluyó los 68 ítems generados durante los grupos focales, así como ítem de control.

<p>Heponiemi, et al., 2011</p>	<p>Finlandia</p>	<p>Examinar si el tipo de institución y la dotación de personal se asociaron con el compromiso organizacional, implicación con el trabajo, y la satisfacción en el trabajo. Además, se analizó el potencial efecto moderador de la justicia organizacional de estas asociaciones.</p>	<p>Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.</p>	<p>1047</p>	<p>Cuantitativo, descriptivo, transversal.</p>	<p>Información sobre un Case-mix en los residentes de la RAI-database Noro et al., 2001); un cuestionario completado por separado jefes de enfermería de las unidades de personal. La percepción sobre la justicia organizacional fueron evaluados por: una medida de la justicia procesal derivada del estudio de Moorman (1991), una medida de justicia interactiva derivada del estudio de Moorman, y una medida de justicia distributiva derivado de Colquitt (2001). Compromiso organizacional se midió con la escala de compromiso afectivo Allen y Meyer (1990). Implicación con el trabajo se midió con el cuestionario de implicación con el trabajo desarrollado por Kanungo (1982). Satisfacción en el trabajo se evaluó con la media de 6 elementos derivados de Hackman y Oldham (1975).</p>
<p>Hwang, et al., 2009</p>	<p>Corea-China</p>	<p>Comparar los factores que influyen en la satisfacción laboral de enfermeras coreanas y chinas.</p>	<p>Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.</p>	<p>1286</p>	<p>Cuantitativo, descriptivo, transversal.</p>	<p>El cuestionario del estudio fue diseñado para medir la profesionalidad, la satisfacción en el trabajo y las características generales. Las escalas de profesionalismo de enfermería y satisfacción en el trabajo se han desarrollado para este estudio en base a los de estudios anteriores, especialmente Yeun et al. (2005) y Slavitt et al. (1978), respectivamente.</p>

Jafaragae, et al., 2012	Irán	Analizar el concepto de compromiso profesional de las enfermeras iraníes.	Concepto de compromiso profesional.	27 trabajos publicados + 5	Análisis de concepto.	Entrevistas semi-estructuradas.
Jafaraghaee, et al., 2014	Irán	Este estudio tuvo como objetivo explorar los factores que influyen en el compromiso profesional de las enfermeras iraníes.	Características/ atributos/ factores del concepto.	21	Cualitativo.	Entrevistas semi-estructuradas.
Jafari, et al., 2014	Irán	El propósito de esta investigación fue estudiar la relación entre la duración del servicio de las enfermeras, el compromiso con el trabajo y el compromiso organizacional.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	266	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Encuesta. Las variables que se utilizaron fueron los años de servicio, el compromiso con el trabajo, compromiso organizacional, el compromiso afectivo, el compromiso normativo y el compromiso de continuidad.

Jenaro, et al., 2011	España	Este artículo analiza la asociación entre las características individuales, las características de trabajo de las enfermeras y el compromiso.	Características/ atributos/ factores del concepto.	412	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Encuesta sobre datos demográficos, características sociodemográficas de trabajo y características puesto de trabajo de las enfermeras se recogieron con una encuesta ad hoc utilizando algunos elementos de la Survey on Job Satisfaction from the National Institute of Safety and Hygiene in the Workplace Cantera 2003), la versión española de Work Engagement Survey WES, Schaufeli & Bakker 2003, Schaufeli et al. 2001) y ajuste psicológico se midió mediante la versión española del General Health Questionnaire GHQ-28) Goldberg & Hillier 1979, adapted by Lobo et al. 1986).
Jeong & Young, 2009	Corea	Relación descriptiva sobre la relación entre el compromiso organizacional y la intención rotación según los tipos de personalidad de las enfermeras.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	250	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Para clasificar el tipo de personalidad de las enfermeras es una encuesta egograma estandarizado desarrollado por Korea Transactional Analysis Association, The Organizational Commitment Questionnaire desarrollado por Mowday et al. 1979) y traducido por Lee 1999), la intención de rotación con una pregunta usada por Lee y Hwang 2002).
Joyner & Vermulakonda, 2007	USA	En la Universidad de Washington, se evaluó si la definición de profesionalismo y la capacitación de profesores y residentes en el proceso de evaluación mejorarían el comportamiento profesional.	Métodos de enseñanza.	16	Evaluación docente.	Graduate Medical Education Global Resident Competency Rating Form.

Keeling & Templeman, 2013	Reino Unido (UK)	Explorar las percepciones de profesionalismo de estudiantes de último año de enfermería utilizando un enfoque reflexivo.	Percepción del concepto.	10	Cualitativo.	Entrevistas semi-estructuradas.
Kim, et al., 2010	USA	El estudio evaluó los niveles y los factores asociados con el profesionalismo entre las enfermeras coreanas estadounidenses.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	221	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Escala Hall's Professionalism Inventory (HPI).
Lombarts, et al., 2014	Europa	Investigar la fiabilidad y validez de los datos resultantes mediante el uso de una herramienta de medición de profesionalismo de desarrollo propio para los médicos y enfermeras, describir sus niveles de profesionalismo y cuantificar el grado en que las actitudes profesionales podrían predecir comportamientos profesionales.	Evaluación de la validez de un instrumento-Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	4872	Validación de un instrumento.	Professionalism Scale (DUQuE).

Lu, et al., 1994	China	Recién graduados de una escuela tradicional de medicina china fueron evaluados por observadores para conocer su comportamiento profesional en el ámbito no cognitivo.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	212	Cuantitativo, descriptivo, transversal- longitudinal	10-item scale for professional behaviour in the non-cognitive realm.
Manojlovich, 2010	USA	El propósito del estudio fue explorar cómo ciertos factores en el medio ambiente y las características personales influyen en los comportamientos de enfermería del hospital.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	251	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Empoderamiento estructural se midió mediante tres escalas: Conditions for Work Effectiveness Questionnaire-II (CWEQ-II), Job Activities Scale II (JAS-II), Organizational Relationships Scale II (ORS-II); The Caring Efficacy Scale (CES) se utilizó para medir la autoeficacia del cuidado; práctica profesional de enfermería se midió mediante Nursing Activity Scale (NAS).
McCabe & Sambrook, 2013	Inglaterra	Este estudio explora las conexiones psicológicas, el compromiso organizacional y profesional de las enfermeras y las enfermeras gestoras.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	39	Cualitativo.	Entrevistas semi-estructuradas

Natan, et al., 2014	Israel	Explorar las conexiones entre las características de tutor, apoyo, beneficios y recompensas, y compromiso con el papel preceptor en Israel.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	200	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Preceptor's Perception of Benefits and Rewards (PPBR) Scale, Preceptor's Perception of Support (PPS) Scale, Commitment to the Preceptor Role (CPR) Scale, sección sobre experiencias del tutor como e información socio-demográfica.
Nesje, 2014	Noruega	Este estudio investigó cómo la motivación prosocial informada por los estudiantes de enfermería en su último año de estudios académicos se relaciona con el compromiso y la implicación con el trabajo profesional de tres años después de la graduación.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	160	Cuantitativo, descriptivo, longitudinal.	La medición de los valores prosociales en el trabajo fue inspirado a partir de un gran estudio transversal y longitudinal Johnston et al., 2001). The career commitment scale desarrollada por Blau 1985, 1988). The job involvement questionnaire (JIQ) creado por Kanungo 1982).
Özcan, et al., 2012	Turquía	El propósito de este estudio fue determinar los valores profesionales y personales entre los estudiantes de matrona en Turquía para identificar si los años de estudio ven afectados estos valores.	Características/ atributos/ factores del concepto.	192	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Rokeach Value Survey y un índice de 16 valores profesionales ordenados alfabéticamente producidos a partir de los códigos éticos de la Confederación Internacional de Matronas International Confederation of Midwives) por los investigadores.

Palmer, et al., 2010	USA	El propósito de este estudio fue explorar los niveles y relaciones de la autotranscendencia y trabajar en el compromiso del personal de enfermería de atención aguda registradas (ACSRN(s)).	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	84	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	The Self-transcendence Scale, the Utrecht Work Engagement Scale y un cuestionario demográfico.
Prislin, et al., 2001	USA	Este estudio examina la utilidad de las evaluaciones estandarizadas basadas en el criterio del paciente (SP) sobre las características de los profesionales.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	45	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Una modificación de Communications Skills Form developed at East Tennessee State University de Forrest Lang, MD, una escala de profesionalismo se construyó a partir de la obra de Arnold y sus colegas.
Queiros, et al., 2011	Portugal	Identificar los niveles de burnout y el compromiso de las enfermeras que trabajan con enfermedad mental.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	110	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	La traducción de Maslach Burnout Inventory Maslach & Jackson, 1997) y Utrecht Work Enthusiasm Scale Schaufeli & Bakker, 2003).

Rowley, et al., 2000	USA	Los miembros de la Sociedad Académica Ortopédica Academic Orthopaedic Society) han definido los valores y cualidades de profesionalismo.	Características/ atributos/ factores del concepto.	186	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	No se describen.
Royer, 2011	USA	La identificación de factores que pueden afectar a la intención de permanecer y, por extensión, la prestación de atención de salud, en un momento en que la capacidad del personal de enfermería está en crisis, un tema que no se ha estudiado bien entre los trabajadores/enfermeras de salud pública de la comunidad C(PHN).	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	478	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Datos demográficos. Spreitzer's Empowerment survey excepto los Span of control y Motivation items). Meyer and Allen's "TCM Work Commitment Survey".
Sohrabizadeh & Sayfour, 2014	Irán	Esta investigación tuvo como objetivo identificar un modelo de compromiso en el trabajo adecuado a la profesión de enfermería en los hospitales de acuerdo con un hipotético modelo y determinar los antecedentes y las consecuencias relacionadas con el compromiso en el trabajo de las enfermeras.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	279	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Utrecht Work Engagement Scale UWES); Organizational citizenship behavior (OCB) medido con 14 ítems; las características del trabajo se midieron mediante seis ítems de Hackman and Oldham 1980); satisfacción en el trabajo se midió utilizando el índice de satisfacción laboral (JWS); intención de abandono se midió con un ítem; recompensas y reconocimiento incluyeron diez ítems.

Sutkin, et al., 2009	USA	El objetivo fue involucrar a las enfermeras en un esfuerzo de colaboración para crear un formulario de evaluación y realizar una prueba piloto sobre habilidades de profesionalismo y comunicación interpersonal (ICS).	Evaluación de la validez de un instrumento.	47	Validación de un instrumento.	Calificación global sobre una lista de 17 ítems.
Tanaka, et al., 2014a	Japón	Examinar la percepción de los comportamientos profesionales y los factores que contribuyen a la profesionalidad de enfermería entre los gerentes de enfermería.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	525	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	La versión japonesa de Behavioural Inventory for Professionalism in Nursing.
Tanaka, et al., 2014b	Japón	El objetivo de este estudio fue cuantificar la profesionalidad de las enfermeras en Japón.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	1501	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	La versión japonesa de Behavioural Inventory for Professionalism in Nursing.

Trincherro, et al., 2014	Italia	Este artículo investiga el impacto de las relaciones entre supervisor y enfermería sobre el compromiso, el bienestar, el compromiso afectivo y la intención de rotación de enfermeras del sector público y privado italiano.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	773	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	La satisfacción de las enfermeras con la calidad de su relación de subordinación supervisor- se midió utilizando una escala unidimensional de siete ítems LMX- 7), desarrollado por Graen and Uhl-Bien 1995). Allen and Meyer's 1990) affective commitment instrument se utilizó para medir el compromiso con la organización. Compromiso de los empleados se midió utilizando una escala de siete ítems desarrollada por Schaufeli and Bakker 2003). Una medida especialmente adecuada para la enfermería desarrollado por Brunetto et al. 2011) se utilizó para medir el bienestar psicológico. Intención de rotación se midió utilizando una escala de tres ítems adoptada de Meyer et al. 1993).
Tromp, et al., 2007	Países Bajos	El objetivo de este estudio fue desarrollar un instrumento para la evaluación de la conducta profesional de los médicos graduados extranjeros.	Evaluación de la validez de un instrumento.	28	Validación de un instrumento.	Amsterdam Attitudes and Communications Scale AACCS).

Tromp, et al., 2010	Países Bajos	El objetivo de este estudio fue examinar las propiedades psicométricas de Nijmegen Professionalism Scale.	Evaluación de la validez de un instrumento.	116	Validación de un instrumento.	Nijmegen Professionalism Scale.
Tsai, et al., 2007	Taiwán	El objetivo principal de este estudio fue identificar y comprender la estructura y características que subyacen al concepto de profesionalismo médico de los estudiantes taiwaneses.	Características/ atributos/ factores del concepto.	133	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	Un cuestionario de 32 ítems para evaluar el profesionalismo médico basado en la definición de la American Board Internal Medicine (ABIM).
Tsai, et al., 2014	Taiwán	El propósito de este estudio fue investigar la relación entre las competencias de enfermería, la autoeficacia, y el compromiso profesional de las enfermeras del hospital.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	762	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	The nursing competency scale, Ling (2001); The career self-efficacy scale, Rao (2010); The professional commitment scale, Lee (2004).

Van De Camp, et al., 2006	Países Bajos	El objetivo de este estudio es desarrollar una nueva herramienta para evaluar el comportamiento profesional de los alumnos de medicina general GP): evaluado con professional behaviour in general practice EPRO-GP) instrument.	Evaluación de la validez de un instrumento.	12	Validación de un instrumento.	Profesional behaviour in general practice EPRO-GP) instrument.
Van der Heijden, et al., 2009	Países Bajos	El propósito de este trabajo es examinar los posibles predictores de la intención de las enfermeras a abandonar la profesión. En concreto, este estudio investiga si las percepciones del entorno interpersonal trabajo, la interferencia entre el trabajo y el hogar y la satisfacción laboral predicen las intenciones de rotar en el trabajo más allá del impacto en el compromiso ocupacional de las enfermeras.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	753	Cuantitativo, descriptivo, longitudinal.	El apoyo social del supervisor y el apoyo social de colegas cercanos se midieron con dos escalas de cuatro ítems Van der Heijden, 2003). La percepción de la calidad del liderazgo de las enfermeras se evaluó con una escala de cuatro ítems de Kristensen 2000). Interferencia del trabajo en el hogar se midió con dos escalas de cinco ítems de Netemeyer et al. 1996). Compromiso en el trabajo se midió con scale for affective occupational commitment Meyer et al. 1993). Se utilizó la escala de cuatro ítems de Kristensen 2000) para medir la satisfacción en el trabajo. Intención de dejar la enfermería se midió con una escala de tres ítems Hasselhorn et al. 2003).

Walker, et al., 2015	Australia	Averiguar cuánto sabían sobre el profesionalismo -sus necesidades y cómo afecta a la atención al paciente- y lo que consideran ser las actitudes personales, atributos y valores que componen el profesionalismo.	Concepto de compromiso profesional- Características/ atributos/ factores del concepto.	245	Mixto, transversal.	No se describen.
Wang, et al., 2012	China	Este estudio fue diseñado para identificar el nivel de satisfacción en el trabajo de las enfermeras, el compromiso y la intención de permanecer entre las enfermeras de China continental, para explorar la relación entre ellos.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	510	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	La Chinese Nurses Job Satisfaction Scale (NJSS) Tao et al. 2009). El NJSS fue desarrollado para este estudio mediante la adaptación de dos escalas previamente desarrolladas para las enfermeras que hablan chino, the McCloskey/ Mueller Satisfaction Scale (MMSS) Mueller & McCloskey 1990) y la escala Home Healthcare Nurses' Job Satisfaction (HHNJS) (Ellenbecker 2005). Versión china de la Occupational Commitment Scale (Pei 2007). La intención de quedarse fue medido con una adaptación de Intent to Quit and Job Search Scales (Turnley & Feldman 1998).
Zakari, et al., 2010	Arabia Saudita	Examinar la relación entre las percepciones de los conflictos y la profesionalidad de las enfermeras.	Evaluación/ medición del compromiso profesional o aspectos relacionados.	346	Cuantitativo, descriptivo, transversal.	The Perceived Conflict Scale se utilizó para evaluar el nivel de conflicto, y Valiga Concept of Nursing Scale se utilizó para evaluar la percepción de profesionalismo entre las enfermeras.

Zibrik, et al., 2010	Canadá- Inglaterra	Este estudio examina las experiencias de profesionalismo enfermeras rurales y articula la naturaleza de profesionalismo en los entornos de atención de agudos rural.	Percepción del concepto.	8	Cualitativo.	Un formato de entrevista semi-estructurada fenomenológico.
-------------------------	-----------------------	--	--------------------------	---	--------------	--

Tabla 2. Resultados, conclusiones y evaluación de la calidad de los originales seleccionados en la búsqueda en profundidad. que usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional

Autor, año	Resultados	Conclusiones	Evaluación de la calidad
Arnold, et al., 1998	<p>La fiabilidad interna de la escala fue moderadamente alta ($\alpha = .71$). Un análisis factorial identificó tres subescalas: la excelencia, honor/ integridad, y el altruismo/ respeto, con valores propios (coeficientes alfa) de 3,18 (.72), 1,70 (.60) y 1,20 (.59), respectivamente.</p>	<p>Los resultados se interpretan como un primer paso alentador hacia el desarrollo de una escala fiable que mida el profesionalismo dentro del entorno de la educación médica y la formación de residencia.</p>	a, b, c, d, e.

<p>Bagraim & Butler, 2012</p>	<p>Satisfacción en el trabajo, implicación con el trabajo y la cultura del absentismo se propusieron como posibles moderadores de la relación entre el absentismo y el compromiso. Afectividad, continuidad y el compromiso normativo con la organización no estaban directamente relacionados con el absentismo, aunque las interacciones entre estos componentes de compromiso fueron significativos predictores de absentismo. Compromiso afectivo con compañeros de trabajo no explicó significativamente el absentismo. Sin embargo, el compromiso afectivo con la profesión de enfermería explicó significativamente la variación en el absentismo enfermero, tanto directamente como a través de los efectos de moderación de la cultura del absentismo del lugar de trabajo y la profesión.</p>	<p>Los niveles de satisfacción en el trabajo y la implicación con el trabajo no moderan la relación absentismo-compromiso.</p>	<p>a, c, f.</p>
<p>Beukes & Botha, 2013</p>	<p>Los resultados indicaron que la mayoría del personal de enfermería no ve su trabajo como un trabajo o una vocación. Esto afecta a la organización en el sentido de que ver el trabajo como una vocación predice el 19% de la varianza en el compromiso con la organización y el 30% de la varianza del engagement.</p>	<p>Las implicaciones prácticas/ gestión: Ver el trabajo como una vocación llevará a niveles más altos de participación y de compromiso con la organización. Las enfermeras que sienten que hacen una contribución significativa al hospital son más proclives a permanecer en la organización. Las estrategias se pueden centrar en experimentar el trabajo como una vocación, en lugar que como un puesto de trabajo. La mejora de esta experiencia y la creación de conciencia podrían dar lugar a mayores niveles de compromiso con la organización y mayor engagement.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Brownell & Cote, 2001</p>	<p>Se hizo una lista de 1052 atributos asociados con el profesionalismo. Los tres atributos más comunes, todos listados por más de 100 encuestados, eran el respeto, la competencia y la empatía. Los encuestados habían aprendido más sobre el profesionalismo en la observación de modelos de conducta, calificaron la cantidad y la calidad de la enseñanza de manera positiva, y se sentían cómodos explicando profesionalismo a un residente junior. Solo el 56% de los residentes identificó a la Organización Médica Canadiense como muy preocupada por el profesionalismo.</p>	<p>El conocimiento de los residentes sobre el profesionalismo refleja su etapa temprana de desarrollo como médicos y sus actividades diarias, donde no se resaltan aquellos aspectos de profesionalismo como el contrato social, los códigos de ética, la participación en las sociedades profesionales, y el altruismo. Los programas de residencia deben desarrollar actividades de enseñanza centradas en el profesionalismo que se relacionan con cuestiones a las que los residentes se enfrentan en su trabajo diario.</p> <p>a, c.</p>	
<p>Brunetto, et al., 2013</p>	<p>Los resultados indican que este modelo fue más eficaz en la predicción de las correlaciones entre las variables para las enfermeras en Australia en comparación con las de U.S.A. La mayoría de las asociaciones previstas fueron confirmadas por Australia, excepto el impacto del trabajo en equipo sobre el compromiso con la organización y la rotación (turnover), más el impacto de la participación sobre la rotación (turnover). En contraste, ninguno de las asociaciones relacionadas con el supervisor-relaciones subordinadas, fueron significativas para las de U.S.A.; ni tampoco los cursos de trabajo en equipo para el compromiso de la organización o la rotación (turnover).</p>	<p>Los hallazgos sugieren que el bienestar es un predictor de las intenciones de rotar (turnover), lo que significa que los gestores sanitarios deben tener en cuenta el bienestar de las enfermeras en la toma de decisiones todos los días, especialmente en el paradigma de reducción de costos que impregna la asistencia sanitaria en casi todos los países. Esto es importante porque las enfermeras son escasas y esta situación continuará empeorando, debido a que muchos países tienen una población que envejece.</p> <p>a, b, c, d, e, f.</p>	

<p>Caricati, et al., 2014</p>	<p>Compromiso profesional y el clima laboral predijeron positivamente la satisfacción laboral de las enfermeras. El efecto de los valores intrínsecos vs valores extrínsecos del trabajo sobre la satisfacción laboral fue mediado por el compromiso profesional.</p>	<p>La satisfacción en el trabajo de las enfermeras está influenciada por variables contextuales y personales, en particular, el clima de trabajo y compromiso profesional. De acuerdo con un marco teórico más reciente, el clima laboral, valores de trabajo y compromiso profesional interactúan entre sí para determinar la satisfacción laboral.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Catlett & Lovan, 2011</p>	<p>Cuatro categorías: rasgos personales y atributos; habilidades y gestión de la asistencia técnica; ambiente de trabajo y compañeros de trabajo; cuidado y comportamientos de cuidado.</p>	<p>Los hallazgos de este estudio son factores que tienen potencial para afectar a la formación de enfermería, el reclutamiento y la retención. Estos hallazgos apoyan la necesidad de los individuos de evaluar sus características personales antes de elegir, para seguir con la enfermería como carrera.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>

<p>Çelik & Hisar, 2012</p>	<p>La puntuación media de las enfermeras con respecto a BIPN fue baja. La puntuación media de la satisfacción del trabajo fue nivel medio. Se encontró que la relación entre la satisfacción en el trabajo y el profesionalismo fue estadísticamente significativa en dirección positiva.</p>	<p>Con el fin de aumentar la satisfacción en el trabajo, incrementar el desarrollo de la conducta profesional que se encuentra dentro del alcance de la escala de profesionalismo que se recomienda.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Chang, 2014</p>	<p>Frustración en el trabajo fue más alta que el entusiasmo entre los participantes ($M = 2.72$, $SD = 0.71$ vs. $M = 2.26$, $SD = 0.62$). La puntuación media para el compromiso profesional fue 2,72 ($SD = 0,45$) en una escala de Likert de 4 puntos. Hubo una correlación positiva y significativa entre el entusiasmo en el trabajo y el compromiso profesional y una correlación significativa y negativa entre la frustración trabajo y compromiso profesional. Alta frustración de trabajo tuvo un efecto negativo sobre el compromiso profesional, mientras que gran entusiasmo tuvo un mayor efecto positivo. La interacción de dos vías entre la excitación y la frustración de trabajo fue estadísticamente significativa para explicar los efectos de compromiso profesional ($p < 0,01$).</p>	<p>Las enfermeras trabajan a menudo en condiciones que son muy frustrantes. A pesar de que el entusiasmo en el trabajo ha sido mostrado como un gran influyente del compromiso profesional, cuando las enfermeras experimentaron los dos sentimientos de forma simultánea, la frustración reduce significativamente el compromiso. Este estudio sugiere que los gerentes no solo deben construir un ambiente de trabajo positivo y entusiasta, también deben trabajar para mitigar las causas de la frustración para promover el compromiso profesional y la retención de las enfermeras.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Chen, et al., 2009</p>	<p>Los resultados mostraron que el intercambio de conocimientos se correlacionó positivamente con el compromiso profesional, pero negativamente con el impacto del SARS. Compromiso profesional se correlacionó negativamente con el impacto del SARS ($r = -0.074$, $p < 0.001$); sin embargo, como el intercambio de conocimientos era una variable controlada, la correlación parcial entre el impacto del SARS y el compromiso profesional fue -0.039 con un p-valor de 0.045, lo que indica la insignificancia virtual. Es decir, el intercambio de conocimientos era una variable antecedente para el impacto del SARS y el compromiso profesional.</p>	<p>Este estudio transversal proporciona evidencia preliminar de que el intercambio de conocimientos se correlaciona significativamente con el impacto de SARS y el compromiso profesional del personal de enfermería.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>
<p>Cohen & Veled, 2010</p>	<p>Los resultados mostraron que la socialización organizacional se relaciona con todas las formas de compromiso, sobre todo a compromiso organizacional, el compromiso del trabajo en grupo y la implicación con el empleo. La relación se sostuvo cuando se añadió la justicia organizacional se incluye en la ecuación, en particular para las tres formas de compromiso previamente mencionados. Los modelos explican una cantidad relativamente grande de la varianza en las formas de compromiso. Se discuten las implicaciones de los resultados para futuras investigaciones en el compromiso y la socialización organizacional.</p>	<p>Mientras un número de estudios han explorado la relación entre la socialización y el compromiso, muy pocos estudios han examinado como la socialización está relacionada con más de un foco de compromiso simultáneamente. Este trabajo llena ese vacío.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Drey, et al., 2009</p>	<p>Trescientas dieciocho (70,5%) de las enfermeras habían llevado a cabo el desarrollo profesional continuo (CPD) en los 12 meses anteriores. Noventa y nueve enfermeras (22%) habían recibido solo formación obligatoria en el mismo período. No hubo evidencia de una relación entre el compromiso profesional y organizacional y el compromiso de desarrollo profesional continuo. No hubo evidencia de que las enfermeras especializadas en roles más amplios hubieran llevado a cabo el CPD con el fin de que adquirieran nuevas competencias y habilidades.</p>	<p>Los resultados de este estudio han demostrado que solo un pequeño porcentaje (7,5%) de las enfermeras no había llevado a cabo ningún tipo de CPD durante los últimos 12 meses. Las enfermeras seniors, con funciones especializadas, no eran más propensas a tener una formación o a actualizar competencias clave como otras colegas que ejercían funciones estándar, e incluso no eran más propensas a haber llevado a cabo el CPD que se esperaba para que puedan adquirir nuevas competencias. Sorprendentemente, en vista de las investigaciones anteriores, no hubo evidencia de una relación entre los dos tipos de compromiso y la realización de CPD.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Fantahun, et al., 2014</p>	<p>Las puntuaciones medias de las enfermeras en los hospitales públicos de Mekelle sobre el profesionalismo fueron 140.50, el conocimiento (25,06), seguido de la ética (25.00). Las actitudes de los encuestados sobre el profesionalismo estuvieron en los niveles alto, moderado, bajo y muy bajo. Análisis de correlación de Pearson reveló pequeñas pero importantes asociaciones entre varios atributos profesionalismo y características de las enfermeras en los hospitales públicos Mekelle. La edad de los encuestados y la experiencia laboral se correlacionaron significativamente con total profesionalidad. Entorno de trabajo en el hospital Mekelle se asoció significativamente con profesionalismo. Dependiendo de Discusión de Grupo, los factores más importantes fueron la carga de trabajo, la falta de visión, el enfoque sobre la profesión enfermera del Ministro de la Salud Federal, la Debilidad de la Asociación de la Profesión, la falta de seguro de vida así como la visión de la profesión de los profesionales de Salud y la sociedad.</p>	<p>Se encontraron relaciones significativas entre las enfermeras con largos años de experiencia y de más edad con el profesionalismo. Las enfermeras unidas en las organizaciones profesionales y las que trabajaban en el Hospital Militar tenían puntuación más alta en el profesionalismo.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Fernández & Yáñez, 2014</p>	<p>Durante la investigación, se encontró que estas enfermeras tienen, sobre todo, una gran necesidad de ayudar a otras personas, a las que responden a través de su profesión, mostrando comportamientos muy motivados y experimentando emociones positivas intensas durante el contacto con los pacientes.</p>	<p>Este estudio proporciona evidencia importante sobre la existencia de compromiso en nuestro entorno, estas enfermeras entienden su profesión como algo significativo, parte de su identidad donde encuentran su necesidad de ayudar a los demás, fomentando el vínculo afectivo entre los usuarios de atención primaria de salud como estrategia principal.</p>	<p>a, b, c, f.</p>
<p>Galletta, et al., 2014</p>	<p>Los resultados muestran que las características del trabajo de enfermería están directamente relacionadas con el compromiso del equipo, las características del trabajo y las relaciones de compromiso del equipo mediado por la percepción del apoyo del supervisor y la satisfacción laboral.</p>	<p>Los hallazgos podrían contribuir a la literatura y ofrecer sugerencias para mejorar las condiciones laborales de las enfermeras y la salud de los pacientes en unidades de cuidados intensivos.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>

<p>Gambino, 2010</p>	<p>Los indicadores de la intención de permanecer fueron compromiso normativo y edad, con una tasa promedio del 70% de estimar correctamente la intención de permanecer. Exp (B) los valores de compromiso normativo (1,09) y la edad (1,07) indican que por cada aumento de un punto en la escala de compromiso normativo o el aumento de un punto en la edad, las probabilidades de permanecer hasta la jubilación aumentaron un 1,1%.</p>	<p>Cambios en los entornos sanitarios y escuelas de enfermería deben hacerse para fomentar la lealtad y la obligación. Estrategias de retención deben adaptarse a las enfermeras mayores, así como promover el compromiso normativo de las enfermeras más jóvenes.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Garrosa, et al., 2011</p>	<p>Los datos transversales mostraron que los recursos tanto del estrés como los personales estaban relacionados con las dimensiones de burnout y el compromiso, aunque el estrés estaba más estrechamente relacionado con el desgaste de enfermería, mientras que los recursos personales estaban más estrechamente relacionados con el compromiso de enfermería. Además, el optimismo como recurso personal, mostró un efecto moderador sobre el agotamiento y las tres dimensiones del compromiso.</p>	<p>El estudio proporciona apoyo adicional sobre el estrés como un importante predictor de burnout y compromiso en enfermería incluso después de controlar los recursos personales y las variables socio-demográficas.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Gellatly, et al., 2014</p>	<p>Los profesionales con perfiles altos de compromiso afectivo o compromiso normativo en relación con otros componentes, experimentaron las relaciones unidad de trabajo más fuertes y menos intenciones de rotar. Perfiles caracterizados por un elevado compromiso de continuidad en relación con otros componentes o por un bajo compromiso general experimentaron las relaciones unidad de trabajo más pobres, y un mayor riesgo de rotación. Alto compromiso de continuidad en combinación con un alto compromiso afectivo y normativo se ha experimentado de manera diferente que un alto compromiso de continuidad en combinación con un bajo compromiso afectivo y normativo.</p>	<p>Las organizaciones de salud a menudo fomentan el compromiso mediante el uso de estrategias para mejorar el compromiso de continuidad (por ejemplo, ofrecen altos salarios y beneficios atractivos) que pueden introducir comportamientos de riesgo. Este trabajo sugiere la importancia de cambiar el contexto en que se produce el compromiso de continuidad mediante el fortalecimiento de los otros dos componentes.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Gibson, et al., 2000</p>	<p>En 1996-97, se desarrolló un programa integrado en el profesionalismo. Un programa de asesoramiento continuo que abarca los cuatro años de medicina — Professional Development Advising Teams (PDAT) — fue creado y el Professional Development Assessment Form (PDAF) un instrumento utilizado por los estudiantes y profesores para identificar los principales atributos y expectativas del profesionalismo.</p>	<p>La inculcación formal de profesionalismo dentro de la comunidad NEOUCOM comenzó en 1996. El programa de PDAT actualmente incluye 4001 estudiantes de medicina y 93 asesores de la facultad y hay una lista de espera de profesores que desean convertirse en asesores PDAT.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Green, et al., 2009</p>	<p>Las encuestas de los pacientes, médicos y enfermeras proporcionan diferentes perspectivas sobre la importancia y la visibilidad de los signos de comportamiento de profesionalismo. La mayor parte de los comportamientos se consideraron signos muy importantes de profesionalismo por lo menos al 75% de los pacientes, médicos y enfermeras; se consideraron mucho menos observables en el entorno clínico.</p>	<p>Este estudio demuestra que es posible e instructivo para definir el profesionalismo hacerlo en términos de comportamientos tangibles. Centrándose en los comportamientos en lugar de los atributos se puede facilitar la discusión, evaluación y modelización del profesionalismo tanto en la educación médica como en la atención clínica.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>
<p>Heponiemi, et al., 2011</p>	<p>Los niveles de compromiso organizacional y satisfacción en el trabajo fueron bajos en las instituciones con ánimo de lucro protegidas cuando los niveles de justicia fueron bajos, pero cuando los niveles de justicia fueron altos, las instituciones con ánimo de lucro no se diferenciaron de otros tipos de propiedad. Del mismo modo, la justicia organizacional actuó como un amortiguador contra el bajo nivel de compromiso resultante de la escasez de personal. Los niveles de personal fueron más bajos en las instituciones públicas y más alta en las instituciones sin ánimo de lucro.</p>	<p>Los resultados muestran que la justicia organizacional puede actuar como un amortiguador contra el bajo compromiso organizacional que resulta de la escasez de personal y del trabajo en las instituciones con ánimo de lucro. El aumento de la justicia en lo que se refiere a la gestión, sería importante para los resultados y los procedimientos de la organización.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Hwang, et al., 2009</p>	<p>El profesionalismo fue el factor común que influye en la satisfacción laboral de las enfermeras coreanas y chinas. El profesionalismo se relaciona positivamente con la satisfacción en el trabajo en ambos grupos. Otros factores asociados con la satisfacción en el trabajo fueron los datos demográficos y las características del trabajo tales como la edad, el puesto de trabajo y el departamento de trabajo, que son significativas solo en las enfermeras de coreanas.</p>	<p>El profesionalismo fue el factor más importante que influye en la satisfacción laboral de las enfermeras coreanas y chinas. Potenciar la profesionalidad de enfermería se recomienda como una estrategia común para mejorar la conservación del empleo de las enfermeras a través de diferentes sistemas de salud.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Jafaragae, et al., 2012</p>	<p>La lealtad, la tendencia a permanecer en la profesión y la responsabilidad de las cuestiones profesionales fueron temas extraídos en la fase teórica. Compromiso de promover habilidades de cuidado, satisfaciendo de ser enfermera y sentimiento de pertenencia a la profesión se obtuvieron en la fase de trabajo de campo. Por último, se extrajeron dos temas principales, incluyendo "compromiso de ofrecer la mejor atención de enfermería" y "compromiso con la promoción de la profesión enfermera".</p>	<p>La enfermería es una profesión humanista; tiene algunas características particulares debido a la propia naturaleza de la profesión. En este trabajo se obtuvo una definición compuesta por dos dimensiones de compromiso profesional.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Jafaraghaee, et al., 2014</p>	<p>Dos categorías emergieron: retos o dificultades con sentimientos diferentes y el rol del gestor o jefe. La primera tenía dos subcategorías: burnout o síndrome de estar quemado y sentimiento de ser valorado. La segunda tenía tres subcategorías: clima de gratitud o castigo, la perspectiva del cuidado del gestor y la enfermería basada en el conocimiento versus enfermería basada en la rutina</p>	<p>Los resultados revelaron que el burnout como una sensación común en las enfermeras además de la oportunidad de ayudar a los demás. Impedimentos en el sistema de salud, tales como la sobrecarga de trabajo y tener más interés en los beneficios de la organización en lugar de la atención del paciente y el bienestar da lugar a una sensación de humillación y frustración. Congruencia entre los gestores y los valores percibidos por las enfermeras sería una pieza clave para el compromiso profesional. Fomentar sensaciones de apoyo y agradecimiento, valorar el cuidado y la promoción de la práctica basada en el conocimiento fueron algunos de los otros factores importantes para el compromiso profesional.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Jafari, et al., 2014</p>	<p>En general, el 84% de los encuestados fueron mujeres y el resto hombres el 95% tenía una licenciatura y el resto mayores grados académicos. La duración del servicio en el 81% de las enfermeras fue <15 años y el 19% mayores de 15 años. Correlaciones significativas se observaron entre la continuidad, compromisos con el trabajo y tiempo de servicio ($r = 0.23$; $P = 0.04$ y $r = 0.26$, $P = 0.02$, respectivamente). No hubo diferencias significativas en cuanto al compromiso organizacional, afectivo y normativo ($P = 0.12$, $P = 0.33$, $P = 0.47$, respectivamente).</p>	<p>Los resultados muestran que la duración del servicio se relaciona con la continuidad y el compromiso con el trabajo. Así, antes de la jubilación de las enfermeras tras 20 años de trabajo puede aumentar el promedio del compromiso de los empleados.</p>	<p>a, b, c, e, f.</p>

<p>Jenaro, et al., 2011</p>	<p>En cuanto a la morbilidad psiquiátrica, 49% enfermeras cumplen los criterios para los síntomas somáticos, el 65,5% cumplieron con los criterios para la ansiedad y el insomnio, el 4,6% cumplieron con los criterios para la disfunción social y el 10% cumplieron con los criterios para la depresión severa. No hubo efectos para la duración del servicio o categoría profesional. Los directores de enfermería obtuvieron puntuaciones más altas en varios estresores laborales en comparación con otros grupos. En cuanto al compromiso, el 33% de las enfermeras experimentaban alta dedicación, 20,4% experimentaban alto vigor y el 36,7% experimentó una alta absorción. Los predictores de vigor y dedicación fueron la satisfacción con el puesto de trabajo, una mayor calidad de vida laboral, disfunción social baja y menor estrés asociado con el cuidado del paciente.</p>	<p>Las estrategias para promover el compromiso de trabajo deben ser implementadas. Se debe prestar atención a los entornos de trabajo para garantizar la satisfacción en el trabajo. Estrategias de organización para reducir el estrés asociado con el cuidado de los pacientes, iniciativas para la mejora social y también se requieren habilidades de comunicación para que las enfermeras experimenten vigor y dedicación.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Jeong & Young, 2009</p>	<p>Se encontró que el mayor número de enfermeras obtuvo el tipo de personalidad "indecisive" el tipo "optimistic" y el tipo "success-oriented". En una escala de 5 puntos, la puntuación media para el compromiso de la organización fue $2.82 \pm .86$ y la media para la intención de rotación fue de $3.59 \pm .97$. La experiencia laboral de los sujetos, los antecedentes educativos, el trabajo en un departamento deseado y el no tener trabajo nocturno hicieron que el compromiso organizacional fuera alto. La intención de rotación fue baja cuando las enfermeras trabajaban en un departamento deseado y no había trabajo nocturno. En cuanto a los tipos de personalidad, el compromiso organizacional fue más alto en el tipo "downhill" y la intención de rotación más alta en el tipo "uphill".</p>	<p>El análisis de los resultados confirma que las características de cada enfermera afecta a su grado de compromiso con la organización y su intención de rotación o cambio su ocupación. Creemos que la mejora del ego en la crianza parental ("nurturing parent ego") de las enfermeras en aspectos o asuntos prácticos ayudará en el cuidado y apoyo al paciente; su absorción o asimilación en la institución mejorará aumentando la autonomía de las enfermeras a través de la educación para disminuir los egos de tipo niño adaptado ("child ego"); la eficiencia de la gestión de recursos humanos de enfermería mejorará induciendo el desarrollo caracteres para disminuir la intención de rotación. Por esto, las enfermeras gestoras no deberían gestionar a sus equipos a través de un sistema global, sino utilizar estrategias administrativas capaces de dar satisfacción positiva a través de la comprensión individual de cada enfermera.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>

<p>Joyner & Vemulakonda, 2007</p>	<p>Se compararon las puntuaciones antes y después de la intervención. Las puntuaciones medias después de la intervención fueron superiores en 0,4 y 0,5 puntos por cada una de las 3 preguntas ($p < 0,01$). Hubo una menor variación en las puntuaciones después de la intervención, lo que sugiere que los residentes fueron más consistentes en su comportamiento profesional y/o la observación de los comportamientos profesionales de los residentes estaba más centrada.</p>	<p>Estos resultados sugieren que la capacitación de profesores y residentes en el profesionalismo puede tener una influencia positiva en la mejora de la conducta profesional así como en la capacidad de los profesores para evaluar con mayor objetividad comportamientos profesionales en base a los estándares definidos.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>
<p>Keeling & Templeman, 2013</p>	<p>Los resultados revelaron que la percepción de los estudiantes sobre la vulnerabilidad, la representación simbólica, el modelado de roles, el descontento y el desarrollo profesional como elementos que informaron del propio profesionalismo. Además, el ser capaces de observar el comportamiento de las enfermeras registradas fue significativo para el estudiante en el desarrollo de su propio sentido de identidad profesional, usando modelos positivos y negativos de forma constructiva.</p>	<p>Parece que los últimos años los estudiantes de enfermería, son conscientes del impacto de escenarios de práctica y de la influencia de la observación, que afectan a sus propias percepciones de profesionalismo. Son capaces de identificar con claridad y dar sentido a las experiencias en la práctica, y de forma constructiva, utilizar este conocimiento para informar positivamente de su práctica.</p>	<p>a, b, c, f.</p>

<p>Kim, et al., 2010</p>	<p>Posición actual, situación laboral actual, lugar de trabajo, el total de años de experiencia en enfermería, el total de años de experiencia en enfermería en los Estados Unidos, la ubicación y duración de la formación de enfermería en los Estados Unidos se asociaron con el nivel de profesionalismo entre las enfermeras coreanas americanas. Variables predictoras profesionalismo incluyen la pertenencia a organizaciones profesionales ($\beta = 0,204$, $p < 0,000$) y el total de años de experiencia en enfermería en los Estados Unidos ($\beta = 1,98$, $P = 0,001$), representaron el 8,6% del total variación en la puntuación de HPI.</p>	<p>Los hallazgos sugieren que múltiples factores internos y externos están asociados con profesionalismo en las enfermeras coreanas americanas, esto proporciona una comprensión de las tendencias en el profesionalismo desde una perspectiva internacional.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Lombarts, et al., 2014</p>	<p>En total, 2067 médicos (tasa de respuesta del 69,8%) y 2805 enfermeras (94,8%), que representan 74 hospitales en 7 países europeos participaron. El instrumento profesionalismo reveló cinco subescalas de actitud profesional y una escala para el comportamiento profesional con moderada alta consistencia interna y fiabilidad. Los médicos y las enfermeras muestran igualmente altas puntuaciones en cuanto a las actitudes profesionales (11.8 y 11.9 respectivamente sobre 16), pero parecen tener diferentes percepciones hacia aspectos profesionalismo. Por último, los profesionales que presentan niveles más altos de actitudes profesionales estaban más involucrados en acciones de mejora de calidad (QI) (médicos: $b = 0,019$, $P < 0,0001$; enfermeras: $b = 0,016$, $P < 0,0001$) y más inclinados a informar bajo rendimiento de colegas (médicos – odds ratio (OR) 1.12, 95% CI 1.01–1.24; enfermeras – OR 1.11, 95% CI 1.01–1.23) o errores médicos (médicos OR 1.14, 95% CI 1.01–1.23; enfermeras – OR 1.43, 95% CI 1.22–1.67). La participación en las acciones de QI aumenta las probabilidades de informar sobre la incompetencia o errores médicos</p>	<p>Una herramienta que mide de forma fiable y válida el compromiso profesional de los médicos y enfermeras europeas ya está disponible. En conjunto el empleo del profesionalismo como estrategia de mejora de la calidad puede ser beneficioso para la calidad de la atención al paciente.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Lu, et al., 1994</p>	<p>En general, el 10,7% de los graduados tenían puntuaciones bajas en esta escala. Quienes obtuvieron puntuaciones dentro de los dos primeros cuartiles de esta escala, el 71,4% informaron que la "ética profesional" fue el factor determinante de su comportamiento profesional, mientras que las preocupaciones legales fueron el principal motivador de solo el 3,6% de los máximos goleadores. También se encontró que las puntuaciones de los estudiantes en los cursos de ética médica estaban correlacionados con su puntuación de comportamiento profesional en un grado estadísticamente significativo.</p>	<p>Desde el punto de vista no-cognitivo de los estudiantes de medicina, la ética puede ser considerada como un curso necesario durante la educación médica. La participación en un curso sobre ética médica es, por supuesto, solo un factor muy importante que afecta sobre las actitudes de los estudiantes. Normas y regulaciones médicas, el medio ambiente (incluyendo las relaciones con los compañeros de trabajo) y las instrucciones de los maestros no pueden ser ignorados durante la formación de la ética profesional en jóvenes médicos.</p>	<p>a, b, c, d.</p>
<p>Manojlovich, 2010</p>	<p>Los factores ambientales (empoderamiento estructural) contribuyeron de manera directa a los comportamientos de práctica profesional, así como de manera indirecta en la autoeficacia. Autoeficacia ejerce su efecto principalmente como mediador en la relación entre los factores ambientales y los comportamientos. Soporte para el modelo teórico propuesto fue variado, aunque el modelo propuesto se ajustó bien a los datos ($\chi^2 = 11.02$ [(5, N=251), $p < .05$, CFI=.999, NNFI = .991, RMSEA = .069]). Un modelo alternativo surgió del análisis de datos.</p>	<p>Las enfermeras pueden practicar de forma más profesional cuando el entorno ofrece oportunidades y poder a través recursos, apoyo e información. La autoeficacia puede contribuir a comportamientos de práctica profesional, especialmente en un entorno que tiene los factores necesarios que proporcionan capacitación.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>

<p>McCabe & Sambrook, 2013</p>	<p>Dos temas generales emergieron, valores profesionales y de gestión. Los valores profesionales incluyeron los sub-temas: reconocimiento profesional; entorno de trabajo-liderazgo y apoyo; el desarrollo profesional y la progresión. Los sub-temas que se incluyen los valores de gestión: participación; gestión general; gestión de recursos.</p>	<p>Los resultados sugieren que las enfermeras y las enfermeras gestoras se rigen por contratos psicológicos relacionales, respaldados por afecto y en menor grado por compromiso normativo hacia la profesión de enfermería. Destacan 'los "valores profesionales" y el compromiso profesional, como base para los contratos psicológicos positivos entre los profesionales de enfermería. Hubo evidencia anecdótica de la ruptura relacional con la disminución de la satisfacción laboral como el resultado de la ruptura de contrato psicológico percibida. Contratos psicológicos positivos y los niveles de compromiso entre los profesionales de enfermería pueden ser apoyados por los gestores siendo conscientes y sensibles a los discursos de enfermería, y la gestión de sus expectativas a través de una mayor implicación y del desarrollo de liderazgo.</p>	<p>a, b, c, e, f.</p>
<p>Natan, et al., 2014</p>	<p>Los encuestados mostraron un compromiso moderado al papel de tutor. El apoyo dentro del marco laboral, beneficios y recompensas intrínsecas, y en menor grado, beneficios y recompensas extrínsecas, se comprobó que estaban relacionados con el nivel de compromiso de las enfermeras en el papel de tutor. No se encontró correlación entre el apoyo recibido desde fuera del lugar de trabajo y compromiso con el papel del tutor. Además, no se encontró correlación entre las características (el número de tutorizados durante los últimos seis meses o el número medio por sesión), y el compromiso con el papel de tutor. El factor más importante que contribuye al compromiso fue el apoyo dentro del marco de trabajo de las enfermeras.</p>	<p>El presente estudio pone de relieve la importancia del apoyo desde dentro de marco de trabajo de las enfermeras, así como el papel de los beneficios y recompensas intrínsecas, en relación con el nivel de compromiso en el papel de tutor en Israel.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>

<p>Nesje, 2014</p>	<p>Los resultados mostraron que la motivación prosocial medido en su último año académico se relaciona con el compromiso tres años después de la graduación, pero no hubo relación con la implicación con el trabajo.</p>	<p>Los resultados indicaron que la motivación prosocial es importante en la identificación con la profesión, pero no necesariamente para la implicación personal en el trabajo. El estudio aporta conocimiento sobre como la motivación para entrar en enfermería se relaciona con las actitudes de las enfermeras en su vida laboral.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Özcan, et al., 2012</p>	<p>Los tres primeros de los valores profesionales fueron la justicia, la igualdad y la dignidad humana. La igualdad en el sexto lugar entre los valores terminales personales, y aumentó con los años de estudio. De los valores instrumentales personales, la responsabilidad y la limpieza se encontraban en el segundo y quinto lugar, que son de vital importancia para la profesión de matrona. Sin embargo, los otros dos valores importantes, privacidad y prevención del sufrimiento innecesario, ocuparon el puesto más bajo cuando los años de estudio aumentaron, en otras palabras, cuando los estudiantes se enfrentaron a la clínica.</p>	<p>Cursos de ética deben administrarse durante toda la formación de matrona para preparar a los estudiantes para los retos a los que se enfrentan en el entorno clínico.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>

<p>Palmer, et al., 2010</p>	<p>El nivel de autotranscendencia de las ACSRNs fue alta, similar al de otras enfermeras, pero superior a las de los no enfermeros. El nivel de compromiso en el trabajo estuvo en el extremo superior del rango "normal". Hubo una correlación positiva significativa entre la autotranscendencia y el compromiso. Enfermeras con niveles más altos de auto-transcendencia tenían más energía, más dedicación y estaban más absortas en su trabajo.</p>	<p>Enseñar, nutrir y proporcionar oportunidades para la autotranscendencia en enfermeras, puede preparar y conservar el compromiso de trabajo de enfermería comprometida con el trabajo que va a soportar los desafíos de la escasez de enfermeras y proporcionará gran beneficio para un entorno sanitario en constante cambio.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>
<p>Prislin, et al., 2001</p>	<p>El análisis factorial indicó que ninguno de los seis ítems de comunicación individual o los tres ítems de profesionalismo individuales representaron una cantidad desproporcionada de la variación inter-caso. Solo las puntuaciones del SP sobre comunicación, profesionalismo, y satisfacción demuestran una correlación significativa.</p>	<p>En resumen, nuestros datos sugieren que las mediciones SP generales de profesionalismo en base a escalas de calificación producen una evaluación difusa de características profesionales, y que estas evaluaciones pueden, de hecho, variar de un caso a otro. Recientemente, Ginsberg y colegas propusieron que la creación de situaciones contextuales específicas que implican conflicto entre los valores profesionales que compiten podría permitir una mejor oportunidad de evaluar el profesionalismo en base a comportamientos demostrables. Se requieren más estudios para determinar si los escenarios más específicos, enfocados en casos estandarizados de pacientes que requieren gestión de situaciones de conflicto de valores profesionales podrían producir mediciones más precisas de esta competencia para la educación médica fundamental de los estudiantes.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>

<p>Queiros, et al., 2011</p>	<p>Nuestro personal de enfermería no padece burnout, mostrando bajo agotamiento emocional ($M = 2.3$ en una escala de Likert de 0-6 puntos), cinismo más bajo ($M = 0.97$) y una mayor eficacia profesional ($M = 4.5$). Se sienten comprometidos con el trabajo, mostrando mayor dedicación ($M = 4.3$), vigor ($M = 3.99$) y absorción ($M = 3.7$). Se encontraron algunas diferencias, en los hombres que muestran el cinismo más alto que las mujeres. Burnout se correlacionó negativamente con el compromiso.</p>	<p>A pesar de los menores resultados de burnout de la muestra, la enfermería es una actividad profesional que provoca el estrés, por lo que los profesionales son vulnerables al burnout, especialmente cuando trabajan con pacientes con exigencias especiales tales como las personas con enfermedades mentales. Sin embargo, el compromiso aparece como un factor protector del burnout, permitiendo a los profesionales mostrar dedicación y absorción en su actividad.</p>	<p>a, b, c, d, f.</p>
<p>Rowley, et al., 2000</p>	<p>Ciento ochenta y seis encuestados calificaron 20 características y valores que describen el profesionalismo, basado en la medida en que ellos creían cada elemento era apropiado. Los cinco elementos que reciben altas calificaciones promedio fueron la integridad, la honradez, la responsabilidad, la seguridad y la rendición de cuentas. El análisis de componentes principales arrojó cinco factores que capturaron el 62% de la variabilidad total. Estos factores fueron el respeto y las relaciones, el altruismo, la responsabilidad y seguridad, integridad y excelencia.</p>	<p>Los autores anticipan que la Sociedad Académica Ortopédica encontrará estos datos útiles e incorporará esta información en sus decisiones relativas a la evaluación de los residentes y los candidatos actuales de sus programas. Un reto adicional será el desarrollo de un currículum de valores (plan de estudios formal) y un entorno de aprendizaje (plan de estudios informales) que animará a los residentes y la facultad a aspirar a los más altos valores profesionales y mejor conducta profesional.</p>	<p>a, b, c, e.</p>

<p>Royer, 2011</p>	<p>Los resultados revelaron que 1/3 of C/PHNs habían de alguna manera considerando dejar el trabajo a pesar de las relaciones significativas entre los factores de empoderamiento y compromiso.</p>	<p>Estos datos piden una comprensión de las C/PHNs de las percepciones del empoderamiento y las razones para la intención de abandonar.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Sohrabizadeh & Sayfour, 2014</p>	<p>Dos cursos se siguieron usando el software LISREL. El modelo resultante mostró buenos índices de aptitudes ($\chi^2=23.62$, AGFI=0.93, CFI=0.97, RMSEA=0.07) y todos los coeficientes de los cursos fueron significativos ($t \geq 2$, $t \leq -2$). Se encontró una correlación significativa entre el compromiso laboral y las variables del modelo.</p>	<p>Prestar la debida atención a los antecedentes del compromiso en el trabajo puede mejorar la calidad del desempeño entre las enfermeras. Además, las recompensas, soportes de organización y de supervisión y las características del trabajo deben tenerse en cuenta para estabilizar el compromiso de trabajo entre las enfermeras. Se requieren más investigaciones para identificar otros antecedentes probables y consecuencias del compromiso en el trabajo de enfermería, que podría estar relacionado con la configuración específica cultural.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Sutkin, et al., 2009</p>	<p>Correlaciones de Pearson, que mide la fiabilidad test-retest durante un período de 2 semanas, fueron muy estables (0.65–0.85) para nueve de los 10 ítems. Generalmente la puntuación media sobre 28 enfermeras fue moderada ($r = 0.39$). ANOVA y de Tukey HSD (honestly significant differences) realizados en las puntuaciones de 10 ítems sobre 55 formas identificadas 3 residentes obtuvieron, como un valor atípico, puntuación baja en nueve de los 10 artículos y 12 residentes, como un valor atípico, un valor atípico alta puntuación en ocho de los 10 ítems. El estado de estos dos valores atípicos no fue sorprendente en la facultad clínica. Es preocupante que, cuando se le preguntó "¿Usted cree que el personal de enfermería son los evaluadores adecuados de profesionalidad de residentes y ICS?", el 67% de los residentes indicó que no creían que el personal de enfermería fueron los evaluadores adecuados de profesionalidad e ICS.</p>	<p>Nos complace que el personal de enfermería estuviera dispuesto a participar en el proceso de evaluación del residente. Es de vital importancia que los problemas con el profesionalismo y el ICS se documenten y se aborden durante el entrenamiento, creemos que el personal de enfermería puede proporcionar evaluaciones útiles en una variedad de entornos de formación durante la residencia.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Tanaka, et al., 2014a</p>	<p>Las más altas puntuaciones sobre comportamientos profesionales obtenidos fue "competencia y la formación continua" y la puntuación más baja de comportamiento fue "publicación y comunicación". Los resultados demuestran que un mayor profesionalismo de enfermería está relacionado significativamente con el aumento de la duración de la experiencia de enfermería, un mayor nivel de preparación educativa y la posición actual como gestor.</p>	<p>Este estudio demostró que el profesionalismo de enfermería está influenciado por años de experiencia y gestión de la educación de enfermería. Implicaciones para la conciencia de la gestión de enfermería sobre factores extrínsecos profesionales es importante para mantener el profesionalismo de enfermería. Los resultados de nuestro estudio pueden ayudar a los gerentes de enfermería para continuar su propio desarrollo y para desarrollar el potencial de su personal de enfermería mediante el desarrollo de profesionalismo. Estos resultados también proporcionan una comprensión de las tendencias internacionales de profesionalismo para lograr mayores niveles de profesionalismo de enfermería a través de la evaluación de los comportamientos profesionales.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Tanaka, et al., 2014b</p>	<p>Los resultados revelaron que las enfermeras japonesas tenían bajos niveles de profesionalismo, y el profesionalismo se relacionó significativamente con una mayor preparación educativa, años de experiencia como enfermera y la posición actual como administrador de enfermería o profesor.</p>	<p>Los resultados se pueden utilizar como punto de referencia para las evaluaciones continuas del nivel de profesionalismo y para un mayor desarrollo del profesionalismo de enfermería.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Trincherro, et al., 2014</p>	<p>No se observaron relaciones positivas significativas entre las variables LMX, el compromiso afectivo, compromiso de los empleados y el bienestar. No se observaron relaciones negativas significativas entre la intención de rotación y todas las demás variables. Además, la media de la variable intención de rotación tuvo la puntuación media más baja 2.53. El LMX fue el más alto en las enfermeras del sector 4.8. Enfermeras del sector privado en Italia estaban más comprometidas, eran más participativas y tenían una mayor percepción de bienestar que enfermeras del sector público.</p>	<p>Sobre la base de estos resultados, los gestores públicos deben hacer más para sostener la motivación del personal de enfermería en los hospitales del sector público.</p>	<p>a, b, c, d, f.</p>

<p>Tromp, et al., 2007</p>	<p>A partir de la literatura y los expertos en el campo aprendimos que las deficiencias en el comportamiento profesional de los licenciados en medicina extranjeros se refieren a las habilidades lingüísticas y sobre todo las cuestiones relacionadas con la cultura. Se tuvo una atención especial hacia estas deficiencias. Sub-ítems se añadieron a todas las dimensiones. Estos sub-ítems son descripciones del comportamiento respecto de cada dimensión y sirven como base para la retroalimentación.</p>	<p>Los sub-ítems deben mejorar la retroalimentación constructiva, no solo se centra en el comportamiento inadecuado, pero haciendo hincapié en los comportamientos adecuados. La validez y fiabilidad del instrumento tiene que investigarse más a fondo y se confirmó a lo largo del camino.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>
<p>Tromp, et al., 2010</p>	<p>Las estructuras factoriales del instrumento utilizado por médicos generales (GP) profesores y los alumnos fueron similares. Se encontraron dos factores para cada dominio: el dominio 1, respeto por los intereses de los pacientes y la distancia profesional; dominio 2, habilidades de colaboración y capacidades de gestión; dominio 3, responsabilidad y Gestión de la calidad; y el dominio 4, la reflexión y el aprendizaje y manejo de las emociones. Medidas de congruencia fueron sustanciales (40.90). La fiabilidad osciló entre 0.78 y 0.95.</p>	<p>Este estudio para validar el instrumento representa un paso más. Para construir un argumento de gran validez, se requiere una gama mucho más amplia de pruebas. Sin embargo, este estudio muestra que la escala de profesionalismo Nijmegen es una herramienta fiable para evaluar el comportamiento profesional.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>

<p>Tsai, et al., 2007</p>	<p>Los tres ítems que se perciben más importantes fueron: la responsabilidad hacia los pacientes, el respeto a los pacientes y sus familias, la integridad y prudencia. El menos importante componente subyacente en el profesionalismo fue "soportando los riesgos inevitables a sí mismo cuando el bienestar de un paciente que está en juego". El análisis de factores dio lugar a ocho factores: "el compromiso de cuidar"(factor 1); "honradez y respeto hacia las normas"(factor 2); "perseguir la calidad de la atención al paciente"(factor 3), "hábito en la práctica profesional"(factor 4); "relación interpersonal"(factor 5); "orientación hacia el paciente"(factor 6); "autodesarrollo del médico"(factor 7); y, por último, "respeto a los demás"(factor 8). La mayor parte de la varianza fue aportada por el factor 1 (34,9%). La puntuación media de los factores osciló entre 3.84 (factor 1: compromiso con el cuidado) a 4.7 (factor 8: respeto de los demás), y la alfa de fiabilidad varió de 0.86 a 0.66.</p>	<p>Estos resultados sobre los valores profesionales de médicos jóvenes tienen implicaciones para la mejora del plan de estudios de la escuela de medicina.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>
<p>Tsai, et al., 2014</p>	<p>Los resultados indican que las competencias de enfermería y la autoeficacia profesional de las enfermeras estaban en un nivel alto, mientras que el compromiso profesional estaba en un nivel medio. Competencias de enfermería, autoeficacia y compromiso profesional se correlacionaron positivamente de manera significativa.</p>	<p>La autoeficacia y el compromiso profesional del personal médico y de enfermería pueden ayudar a aumentar las competencias de enfermería y mejorar la calidad de la atención médica y de enfermería.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Van De Camp, et al., 2006</p>	<p>El modelo de profesionalismo en la práctica general abarcaba 4 temas dentro de profesionalismo: (a) el profesionalismo hacia el paciente; (b) el profesionalismo hacia otros profesionales; (c) el profesionalismo hacia la sociedad; y (d) el profesionalismo hacia uno mismo. Estos 4 temas abarcaron 26 elementos de profesionalismo. Este modelo proporcionó el marco del instrumento EPRO-GP, que hemos desarrollado aún más para hacer operativos los 26 elementos en 127 ítems de comportamiento. Las evaluaciones de los expertos confirmaron la validez de contenido del instrumento con una sola excepción: el elemento "altruismo" que se retiró como una categoría independiente, pero se mantuvo a lo largo de la herramienta en los ítems que dan prioridad al bienestar del paciente. Los resultados sobre la viabilidad del instrumento EPRO-GP fueron muy alentadores. Todas las tutorías produjeron puntos de aprendizaje comportamiento profesional.</p>	<p>Nuestros resultados apoyan la validez de contenido del instrumento EPRO-GP, así como su viabilidad como herramienta para educar el profesionalismo en la práctica general.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>
<p>Van der Heijden, et al., 2009</p>	<p>Los resultados de los análisis de modelos de ecuaciones estructurales revelan que no hay apoyo en el entorno del trabajo, baja calidad de liderazgo y altos resultados de interferencia ente el trabajo y el hogar y baja satisfacción laboral, lo que, a su vez, predice la intención de las enfermeras para dejar la profesión un año más tarde, cuando el compromiso ocupacional está controlado. La interferencia del trabajo con el hogar muestra una relación directa con las intenciones de rotar.</p>	<p>Los resultados tienen implicaciones para las intervenciones organizativas e individuales, lo que indica que el abandono de la profesión se puede prevenir mediante la ampliación del apoyo social en el trabajo, lo que ayuda a combinar el trabajo con el no trabajo, y mejorar la calidad de liderazgo de sus supervisores.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>

<p>Walker, et al., 2015</p>	<p>Los datos se agruparon en 23 atributos de profesionalismo, que cubre todo el espectro de opiniones y debate.</p>	<p>Este pequeño estudio valida la educación que se imparte en el Nursing Council's Code of Conduct, el conocimiento de las enfermeras sobre profesionalismo, el compromiso de New Zealand Nurses Organisation para impulsar mejoras en la combinación de capacidades y niveles de personal y un buen acceso a la formación continua, todo lo cual promoverá las condiciones esenciales para la práctica profesional.</p>	<p>a, c, e, f.</p>
<p>Wang, et al., 2012</p>	<p>Las puntuaciones medias de satisfacción en el trabajo de las enfermeras, el compromiso en el trabajo y la intención de permanecer fueron 3.25 (0.48), 3.11 (0.40) and 3.56 (0.65), respectivamente. Satisfacción en el trabajo y el compromiso en el trabajo se relacionaron significativamente con la intención de quedarse. Se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre el compromiso laboral y satisfacción en el trabajo. La edad y el puesto de trabajo se relacionaron significativamente con la satisfacción laboral, el compromiso en el trabajo y la intención de quedarse.</p>	<p>Los niveles de satisfacción en el trabajo, el compromiso en el trabajo y la intención de permanecer informados por las enfermeras en este estudio pueden ser mejoradas. Las estrategias sugeridas para mejorar son: aumento de los salarios, la disminución de las cargas de trabajo, modificación de estructura de la labor, el cultivo de la pasión y la creación de oportunidades de trabajo más profesional para el desarrollo del crecimiento personal de enfermería y promoción. Mejorar las enfermeras satisfacción en el trabajo y el compromiso en el trabajo son vitales para mejorar la intención de quedarse y como estrategia para hacer frente a la escasez de enfermeros.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>

<p>Zakari, et al., 2010</p>	<p>El conflicto tuvo una correlación estadísticamente significativa con la percepción de profesionalismo. Además, los resultados apuntan a una baja percepción entre las enfermeras participantes en cuanto a su profesionalismo.</p>	<p>Una serie de factores podría explicar el bajo nivel de percepción de profesionalismo. Estos se relacionan con el propio lugar de trabajo, así como a los antecedentes personales de las enfermeras, que incluye el interés personal en la profesión de enfermería, así como, la visión de la familia, sociedad y consumidores sobre la profesión. Teniendo en cuenta los resultados de este estudio, se anima a los gerentes de enfermería a crear un ambiente de trabajo que apoye el profesionalismo y minimice los conflictos.</p>	<p>a, b, c, d, e, f.</p>
<p>Zibrik, et al., 2010</p>	<p>Los resultados indican que el profesionalismo entre las enfermeras rurales es un fenómeno dinámico y duradero, que reside en el lugar de trabajo y el contexto de la comunidad. Experimentar el profesionalismo en la enfermería rural significa ser visible en la comunidad mientras se acepta la realidad en el lugar de trabajo.</p>	<p>La comprensión de profesionalismo en un contexto rural tiene implicaciones significativas en términos de afirmación e identificación de fuentes de satisfacción en el trabajo entre las enfermeras rurales y la creación de ambientes de práctica profesional en las zonas rurales.</p>	<p>a, b, c, d, e.</p>

2. Trabajos que no usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional o aspectos relacionados con él: 42 originales.

Los diseños llevados a cabo por los originales que no usaron instrumentos de medición, fueron: análisis de concepto (n=3), cualitativo (n=5), cuantitativo, descriptivo, transversal (n=1), discusión teórica (n=27), estudio de caso (n=1), mixto, transversal (n=1) y revisión literaria(n=4).

Las temáticas que abordaban los originales que no usaron instrumentos, fueron: características o atributos para ser buen enfermero, características/atributos/factores del concepto, concepto de compromiso profesional, descripción de herramientas de evaluación, importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión, métodos de enseñanza, percepción del concepto, propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional, revisión literaria sobre características/atributos/factores del concepto, revisión literaria sobre el concepto o aspectos directamente relacionados, revisión literaria sobre herramientas de evaluación.

Estas y otras características, como el país donde se llevaron a cabo las investigaciones, el objetivo, el número de participantes o estudios incluidos, los resultados y conclusiones principales y la evaluación de la calidad, pueden consultarse en la Tabla 3, Tabla 4 y Anexo IX.

Tabla 3. Características de los originales seleccionados en la búsqueda en profundidad, que no usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional

Autor, Año	País	Objetivo	Temas identificados	Participantes/ estudios incluidos	Diseño
ABIM Foundation, 2002	USA	Introducir el profesionalismo médico. Principal producto, la Carta de profesionalismo médico.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión.	-	Discusión teórica.
Adams, et al., 1998	USA	El propósito de este artículo es aclarar las actitudes y conocimientos profesionales que son importantes para el médico de urgencias. Aunque es probable que ningún médico cumpla con las normas idealizadas, todos deben cumplir con normas básicas mientras se esfuerza por lograr el ideal.	Características/ atributos/ factores del concepto.	-	Discusión teórica.

Akhtar, et al., 2013	Canadá	Identificar los puntos de vista comunes sobre el profesionalismo de los profesores de enfermería y estudiantes.	Percepción del concepto.	54 participantes.	Mixto, transversal.
Arnold, 2002	USA	El autor interpreta el estado del arte de la evaluación de la conducta profesional. Define el concepto de profesionalismo, revisa las propiedades psicométricas de los enfoques principales para evaluar el profesionalismo, transmite principales conclusiones que estos enfoques producen y discute las recomendaciones para mejorar la evaluación de profesionalismo.	Revisión literaria sobre el concepto o aspectos directamente relacionados.	-	Revisión literaria.
Bartell & Smith, 2004	USA	Este artículo examina el papel de rediseño del sistema de mejora de la calidad y las implicaciones de un enfoque para la satisfacción en el trabajo médico, el profesionalismo y la calidad de la atención al paciente.	Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	-	Discusión teórica.

Beattie & Crossan, 2015	UK	Este documento identifica las cuestiones más importantes que deben abordarse para las enfermeras (un grupo grande de empleados del NHS).	Características/ atributos/ factores del concepto.	-	Discusión teórica.
Cruess, 2006	Canadá	El profesionalismo como tema debe ser enseñado de forma explícita. De igual importancia, y mucho más difícil de lograr, es la incorporación de los valores y actitudes de profesionalismo en la base del conocimiento tácito de los médicos en formación y en práctica.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión-Métodos de enseñanza.	-	Discusión teórica.
Cruess, et al., 2000	Canadá	Explicar el concepto de profesionalismo como un ideal para la profesión médica.	Concepto de compromiso profesional-Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión.	-	Discusión teórica.

Cruess, et al., 2002	Canadá	Describir las características y obligaciones de la profesión médica para sobrevivir al ideal de profesionalismo.	Características/ atributos/ factores del concepto- Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	-	Discusión teórica.
Dart, 2003	USA	La Wisconsin Medical Society creó el grupo de trabajo sobre profesionalidad para el diseño de mecanismos de mejora, y siempre que sea posible para el movimiento hacia la resolución de conflictos, tanto dentro como fuera de la profesión.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión.	-	Discusión teórica.
Dehghani, et al., 2015	Irán	El presente estudio se realizó con el objetivo de aportar claridad y reducir las ambigüedades semánticas en torno al concepto de profesionalismo.	Concepto de compromiso profesional.	-	Análisis de concepto.

Duff, 2002	USA	Ofrecer el siguiente "A-Z" como un recordatorio de las simples reglas de buena conducta en la práctica médica.	Características o atributos para ser buen enfermero-Métodos de enseñanza.	-	Discusión teórica.
Fochtmann, 2004	USA	Evaluación de los comportamientos profesionales es un elemento clave de las iniciativas de profesionalismo. No obstante, en ausencia de medidas de evaluación actuales, para evaluar la competencia profesional, bien delineada, fiable y válida, se sugiere que estamos poniendo "el carro delante del caballo". Wear y Kuczewski señalan, "el énfasis actual en la evaluación medible de profesionalismo conduce fácilmente a que los intentos sean incontrastables.	Concepto de compromiso profesional-Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión.	-	Discusión teórica.
Ghadirian, et al., 2014	Irán	El objetivo de este trabajo es identificar los atributos esenciales de la profesionalidad de enfermería.	Características/ atributos/ factores del concepto.	217 estudios.	Análisis de concepto.

Ginsburg, et al., 2000	USA	Revisión de la literatura sobre los tipos de instrumentos de evaluación utilizados para la medición de profesionalismo en la educación médica, a continuación, esbozar las deficiencias conceptuales fundamentales que existen en esta literatura y proponer estrategias para la resolución de estos problemas.	Revisión literaria sobre herramientas de evaluación- Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	-	Revisión literaria.
Ginsburg & Stern, 2004	USA	Describir la importancia de concepto, las medidas y las innovaciones curriculares de profesionalismo médico.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión-Descripción de herramientas de evaluación- Métodos de enseñanza.	-	Discusión teórica.
Gokenbach & Drenkard, 2011	USA	Un estudio de caso de una organización que en todos los niveles, desde el económico, mano de obra, la calidad, la seguridad y se ha beneficiado de "Magnet journey".	Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	-	Estudio de caso.

Halvorsen, 1999	USA	Explicar las prioridades para los médicos.	Características/ atributos/ factores del concepto.	-	Discusión teórica.
Harmon, et al., 2010	USA	Discute cómo un sistema de atención de la salud utiliza el especialista en enfermería clínica (CNS) para ayudar con éxito a la participación del personal de enfermería.	Métodos de enseñanza.	-	Cualitativo.
Hutchings, et al., 2012	UK	Informe sobre la elaboración de una lista temática (ranking) que abarca los ejemplos positivos y desafiantes de profesionalismo centrado en el paciente en enfermería comunitaria.	Características/ atributos/ factores del concepto.	34 participantes.	Cualitativo.

Irvine, 1997	Gran Bretaña	Proponer una expresión moderna de profesionalismo médico, basado en la autorregulación, que debe provocar el interés conjunto de la profesión y del público con éxito.	Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	-	Discusión teórica.
Irvine, 1999	Gran Bretaña	Proponer una expresión moderna de profesionalismo médico, existe una clara necesidad de un modelo más sofisticado de regulación médica que reconozca las contribuciones específicas y complementarias a realizar por los médicos individuales, la profesión de forma colectiva, los empleadores, los comisionados y el público.	Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	-	Discusión teórica.
Johnson, 2015	USA	Explicar el concepto de profesionalismo para la profesión enfermera y algunas sugerencias para su inclusión en el plan de estudios, la orientación y la conducta modelada por las enfermeras "seniors".	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión/ Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	-	Discusión teórica.

Keyko, 2014	Canadá	En este artículo, se argumenta que el compromiso es esencial para la práctica ética de enfermería.	Concepto de compromiso profesional.	-	Discusión teórica.
Larkin, 1999	USA	Este documento analiza una variedad de herramientas de evaluación y sugiere un enfoque de tres niveles para el control de la ética del conocimiento, capacidad y rendimiento en tiempo real de los residentes de medicina de emergencia.	Métodos de enseñanza.	-	Discusión teórica.
Latham, 2002	USA	En este trabajo se argumenta a favor de una concepción normativa sobre el profesionalismo médico basado en el trabajo del sociólogo Talcott Parsons.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión.	-	Discusión teórica.

Lee, 2015	USA	Informar de un análisis del concepto sobre el "significado en el trabajo".	Concepto de compromiso profesional.	28 estudios.	Análisis de concepto.
Lees, 2009	UK	Describir la importancia de concepto de compromiso con el cuidado.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión.	-	Discusión teórica.
Letelier & Velandia, 2010a	Chile	Aportar argumentos para construir un camino que permita alcanzar la excelencia profesional. Reflexión sobre el profesionalismo y como lograrlo.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión/ Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	-	Discusión teórica.

Letelier & Velandia, 2010b	Chile-Colombia	Introducir a las enfermeras la necesidad de pasar por el hábito de profesionalismo como una forma de alcanzar la excelencia profesional y la satisfacción personal en las prácticas de cuidado de la salud.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión.	-	Cualitativo.
Loeser & Papadakis, 2000	USA	Explicar el programa integrado para la promoción y la enseñanza médica desarrollado por la Universidad de California, San Francisco.	Métodos de enseñanza.	-	Discusión teórica.
Lynch, et al., 2004	USA	Una revisión de las técnicas utilizadas para evaluar el profesionalismo durante los últimos 20 años.	Revisión literaria sobre herramientas de evaluación- Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	88 estudios.	Revisión literaria.

Malathi, 1999	USA	Explicar el concepto de profesionalismo para la profesión médica.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión/ Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	-	Discusión teórica.
Markakis, et al., 2000	USA	Los autores discuten la filosofía fundamental de su programa de residencia de medicina interna de atención primaria, en la que el desarrollo de la profesionalidad y el humanismo es un objetivo educativo explícito.	Métodos de enseñanza.	-	Cualitativo.
Pellegrino, 2002	USA	Este ensayo se compromete a proporcionar una base filosófica para el profesionalismo éticamente responsable en los fenómenos de la medicina clínica, en el carácter de la profesional y en teoría de la virtud.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión.	-	Discusión teórica.

Primm, 2010	USA	En este artículo se describe ocho aspectos a considerar de la profesionalidad de las enfermeras.	Descripción de herramientas de evaluación.	-	Discusión teórica.
Rhodes, et al., 2012	USA	En este artículo se informa sobre un programa de licenciatura de enfermería bianual diseñado para concentrar el aprendizaje del estudiante en los principios de profesionalismo en enfermería.	Métodos de enseñanza.	-	Cualitativo.
Rudy, et al., 2001	USA	El objetivo de nuestra investigación es determinar, en los estudiantes de primer año, qué cuestiones sobre profesionalismo son pertinentes en su nivel de formación. Esta información será utilizada para comenzar a desarrollar un plan de estudios de profesionalismo apropiado para esta etapa.	Métodos de enseñanza.	86 participantes.	Cuantitativo, descriptivo, transversal.

Stevens, 2002	USA	En este artículo se hace hincapié en la importancia de distanciar el presente del pasado en la reinvencción de profesionalismo para el futuro y enumera ocho objetivos fundamentales.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión/ Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	-	Discusión teórica.
Surdyk, 2003	USA	En este trabajo se presentan algunos antecedentes y expectativas de "lo que cuentan" en el Accreditation Council for Graduate Medical Educations (ACGME) en cuanto a profesionalidad, así como algunas sugerencias de cómo los especialistas en ética pueden ayudar a implementar las expectativas establecidas por el ACGME.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión-Métodos de enseñanza.	-	Discusión teórica.
Van De Camp, et al., 2004	Países Bajos	El objetivo de este estudio fue aclarar que los temas y elementos que constituyen el profesionalismo en la medicina.	Revisión literaria sobre características/ atributos/ factores del concepto.	57 estudios.	Revisión literaria.

Wymia, et al., 1999	USA	Describir la importancia de profesionalismo médico, proponer un modelo arquetipo ideal.	Importancia de incluir el compromiso profesional en la profesión-Propuestas para mejorar o aumentar el compromiso profesional.	-	Discusión teórica.
------------------------	-----	---	--	---	--------------------

Tabla 4. Resultados, conclusiones y evaluación de la calidad de los originales seleccionados en la búsqueda en profundidad, que no usaban instrumentos para cuantificar el compromiso profesional

Autor, año	Resultados	Conclusiones	Evaluación de la calidad
<p>ABIM Foundation, 2002</p>	<p>-</p>	<p>Para mantener la fidelidad del contrato social de la medicina durante este tiempo turbulento, creemos que los médicos deben reafirmar su dedicación activa a los principios de profesionalismo, lo que implica no solo su compromiso personal con el bienestar de sus pacientes, sino también los esfuerzos colectivos para mejorar el sistema de la atención de la salud para el bienestar de la sociedad. Esta carta de profesionalismo médico se destina a estimular la dedicación y promover un programa de acción para la profesión de la medicina que es universal en su propósito.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Adams, et al., 1998</p>	<p>Las conductas descritas no son fundamentalmente científicas o técnicas, ya que éstas están definidas por el plan de estudios para la formación de residencia y se ponen a prueba a través de exámenes de certificación. Este documento identifica las actitudes y comportamientos que aumentan la confianza mediante la colocación de interés del paciente por encima de otros intereses. Este concepto sirve como la definición operativa de profesionalismo.</p>	<p>El conocimiento de estas normas debe comenzar temprano en el proceso de socialización de los profesionales de la medicina de emergencia. Las normas deben integrarse en la formación de residencia, así como la práctica clínica de todos los médicos de urgencia.</p>	<p>a, b, c.</p>
<p>Akhtar, et al., 2013</p>	<p>Cuatro puntos de vista surgieron; humanistas, retratistas, facilitadores y reguladores. Los humanistas reflejaron la opinión de que los valores profesionales son el respeto por la dignidad humana, la integridad personal, la protección de la privacidad del paciente y la protección de los pacientes de cualquier daño. Los retratistas creían que el profesionalismo se evidencia por la propia imagen, vestimenta y expresión. Para los facilitadores, el profesionalismo no solo implica normas y políticas, también incluye las creencias y los valores personales. Los reguladores creían que el profesionalismo es fomentado por un lugar de trabajo en que se comunican las creencias y normas adecuadas, aceptadas y aplicadas por su personal.</p>	<p>Las diferencias indican que puede haber numerosas variables contextuales que influyen en las percepciones de profesionalismo de los individuos.</p>	<p>a, b, c, e, f.</p>

<p>Arnold, 2002</p>	<p>Un concepto restringido de profesionalidad está disponible para servir como base para los próximos pasos en la evaluación de la conducta profesional. La gama actual de instrumentos de evaluación es rica. Sin embargo, sus propiedades de medición deben ser fortalecidas. En consecuencia, las investigaciones futuras deberían explorar las técnicas cualitativas rigurosas; perfeccionar la evaluación cuantitativa de la competencia, por ejemplo, a través de OSCEs y evaluar los distintos elementos de profesionalismo. Esto debería probar la hipótesis de que las herramientas de evaluación serán mejores si definen el profesionalismo como comportamientos expresivos de los conflictos de valores, investigan la resolución de estos conflictos y reconocen la naturaleza contextual de los comportamientos profesionales. Los instrumentos de medición deben estar adaptados a la etapa de la carrera en medicina y a como el entorno puede apoyar o sabotear la evaluación de la conducta profesional.</p>	<p>Sin herramientas de evaluación sólidas, no serán contestadas de manera efectiva, las preguntas acerca de la eficacia de los enfoques de la educación de los alumnos sobre el comportamiento profesional.</p>	<p>a, b, c, e.</p>
<p>Bartell & Smith, 2004</p>	<p>-</p>	<p>Sostenemos que la perspectiva de sistemas puede ser más compatible con el profesionalismo médico y puede ser un método más eficaz de mejora de la calidad que podría aliviar algo de la resistencia que acompaña a la aplicación de los esfuerzos de mejora de la calidad. Programas de control de enfermedades y de los equipos multidisciplinarios de atención al paciente se discuten como ejemplos de intervenciones potencialmente útiles.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Beattie & Crossan, 2015</p>	<p>El caso de estudio para este trabajo sobre enfermeras escocesas de un nuevo hospital, se centró en la interacción entre la sensación de sentirse valorado, la participación y percepción de que tienen "una voz" y la línea de apoyo de la administración.</p>	<p>Se identifican los temas y retos para la investigación empírica en un futuro. Los dos elementos seleccionados (la sensación de sentirse valorado, la participación y percepción de que tienen "una voz" y la línea de apoyo de la administración) sobre el compromiso de los empleados y su importancia para el personal de enfermería se explora en este trabajo basado en múltiples métodos de un estudio de caso ('Central Infirmary').</p>	<p>a, b, c, f.</p>
<p>Cruess, 2006</p>	<p>Esto requiere un aprendizaje de experiencias que fomenten la autorreflexión en el profesionalismo durante todo el proceso de aprendizaje de la educación médica. Debido a la gran influencia de los modelos de conducta y porque la mayoría de los médicos no entienden completamente el profesionalismo y las obligaciones requeridas para sostenerlo, la formación del profesorado es esencial para el éxito de cualquier programa en el profesionalismo. También son importantes fuerte apoyo institucional, incluidos los recursos adecuados, la presencia de un programa longitudinal que asegure la exposición repetida a lo largo del proceso educativo, un ambiente de apoyo, y un sistema de evaluación que refuerza la enseñanza.</p>	<p>Las asociaciones profesionales y los responsables de la educación deben asegurarse de que todos los médicos a comprenden el profesionalismo y aceptan sus obligaciones.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Cruess, et al., 2000</p>	<p>Refleja el papel, la naturaleza, la evolución y el futuro de profesionalismo.</p>	<p>Los profesionales deben mostrar que el profesionalismo es un beneficio para la sociedad. Para que esto ocurra se deben cumplir con sus obligaciones. Las apuestas son altas, la atención de salud adecuada para el público es inconcebible sin una profesión médica comprometida y los médicos no pueden funcionar eficazmente como sanadores sin la confianza del paciente y la sociedad.</p>	<p>a, b, c.</p>
<p>Cruess, et al., 2002</p>	<p>-</p>	<p>Para sobrevivir al ideal de profesionalismo, los médicos deben entenderlo y entender su papel en el contrato social. Deben cumplir con las obligaciones necesarias para mantener el profesionalismo y garantizar que el apoyo de los sistemas de salud, en lugar de subvertir el comportamiento que es compatible con los valores de profesionalismo.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Dart, 2003</p>	<p>Los elementos que caracterizan a la profesión incluyen: un cuerpo sistemático de la teoría intelectual así como el conocimiento práctico, un código regulador de la ética y una forma de hacerla cumplir, la rendición de cuentas a la sociedad y la expectativa inherente de servicio a la profesión incluyendo la enseñanza y tutoría.</p>	<p>Las cualidades de una profesión se infieren de la conducta de sus miembros, líderes e instituciones. "Por sus tradiciones y su propia naturaleza, la medicina es un tipo especial de actividad que un ser humano que no puede alcanzar eficazmente sin las virtudes de la humildad, la honestidad, la integridad intelectual, la compasión y la negación del interés propio. Estos rasgos marcan a los médicos como miembros de una comunidad moral dedicados a algo que no sea su propio interés".</p>	<p>a, b, c.</p>
<p>Deighani, et al., 2015</p>	<p>El análisis demostró que el profesionalismo en enfermería consiste en tres pilares principales: principios de cuidado, la comunicación y la ética.</p>	<p>Dado que el proceso de profesionalismo en enfermería puede tener resultados positivos para la enfermera, la profesión de enfermería y el sistema de salud de la comunidad, estos ítems han sido atendidos. El presente análisis de concepto puede abrir el camino a la realización de una investigación más extensa y la elaboración de herramientas para identificar las barreras, los facilitadores y las disposiciones administrativas para aclarar el concepto.</p>	<p>a, b, c, f.</p>

<p>Duff, 2002</p>	<p>-</p>	<p>La constante adhesión a estos rasgos nos ayudará a mantener la nobleza y la credibilidad de la profesión médica.</p>	<p>a, b, c.</p>
<p>Fochtmann, 2004</p>	<p>Antes de darse de brucees hacia los requisitos de ideales inalcanzables de comportamiento, es esencial pausar el discurso de profesionalismo y dar oportunidad para la reflexión.</p>	<p>Antes de darse de brucees hacia los requisitos de ideales inalcanzables de comportamiento, es esencial pausar el discurso de profesionalismo y dar oportunidad para la reflexión. Tenemos que poner en práctica los significados de las abstracciones e idear métodos de evaluación que tengan en cuenta la dimensión en lugar de la naturaleza categórica de comportamientos profesionales. También hay que reflexionar, no solo sobre los beneficios potenciales de un amplio énfasis en el profesionalismo, sino también de los posibles mensajes negativos que los mandatos idealistas pueden enviar. Del mismo modo que hemos aprendido con razón, es imposible (y destructivo) esperar que los estudiantes y los médicos se empujen a sí mismos más allá de los límites físicos realistas, también hay que reconocer que es igualmente irracional esperar la perfección de comportamiento en nosotros mismos o para otros. Ningún médico puede ser superhumano, ni podemos ser superhumanos.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Ghadirian, et al., 2014</p>	<p>El análisis mostró que el profesionalismo de enfermería está determinado por tres atributos cognitivo, actitudinal y psicomotor. Además, los antecedentes más importantes fueron los datos demográficos, la experiencia, la educación, el medio ambiente y los factores actitudinales.</p>	<p>El profesionalismo en enfermería es un proceso inevitable, complejo, variado y dinámico. En este estudio, la importancia, el alcance y el concepto de profesionalismo en enfermería, es el comienzo para la investigación, el desarrollo y la ampliación de los conocimientos de enfermería que fueron explicados y aclarados.</p>	<p>a, b, c, e, f.</p>
<p>Ginsburg, et al., 2000</p>	<p>Los métodos que existen para la evaluación de la conducta profesional son problemáticos. Las evaluaciones no pueden mantenerse en la teoría abstracta o en los niveles de definición; por lo tanto, estas escalas tienen escasa fiabilidad.</p>	<p>Los esfuerzos futuros en la comprensión profesionalismo y futuros métodos de evaluación de profesionalismo, deben centrarse en los comportamientos en lugar de los rasgos de personalidad o conceptos vagos de carácter. Nuestra comprensión y evaluación deben abarcar los contextos y el conflicto con el fin de ser relevante y válido. Idealmente, los métodos de evaluación deben incluir elementos de evaluación por pares y la autoevaluación, que se están convirtiendo los elementos necesarios en el desarrollo profesional continuo de todos los médicos en ejercicio. Por último, debemos tratar de entender lo que impulsa a los estudiantes a demostrar un comportamiento profesional ocasional, con el fin de desarrollar la enseñanza y el remedio eficaz en este dominio.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Ginsburg & Stern, 2004</p>	<p>Los métodos educativos están siendo utilizados para la enseñanza y la evaluación de una manera cada vez más fiables y medibles.</p>	<p>Científicos e investigadores de educación médica deben buscar medidas efectivas de profesionalismo no solo para identificar a los estudiantes que se comportan de forma profesional o no profesional, sino para detectar cuáles son las innovaciones curriculares que podrían ser eficaces y para llegar a "cuerpos licenciados" - y lo más importante, a la sociedad- para que los estudiantes que se gradúan son verdaderamente "profesionales" .</p>	<p>a, b, c, e.</p>
<p>Gokenbach & Drenkard, 2011</p>	<p>Como resultado de su estudio, había un grupo de 41 hospitales que fueron descritos como los hospitales "magnet" debido a las características que todos compartían, y por medio de estos elementos fueron capaces de atraer y retener a los profesionales de enfermería. Estas características hicieron conocidos como "Forces of Magnetism" .</p>	<p>El "Magnet journey" ha permitido al personal de enfermería sentirse orgulloso del trabajo que hacen, sentir autoridad y control en su ambiente de trabajo y en última instancia, sentirse valorados por la organización. El compromiso se ha hecho mediante la transformación de la organización de enfermería en el esfuerzo continuo para mantener la cultura "magnetized" apoyado por la búsqueda de la excelencia.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Halvorsen, 1999</p>	<p>Explicar el concepto de vocación profesional, el carácter médico y el compromiso del médico, el arte y la práctica del profesionalismo.</p>	<p>Podemos hacer frente a estos tiempos difíciles con honor y dignidad afirmando y demostrando las virtudes, valores, actitudes y comportamientos que sirven a los intereses de los pacientes y de la sociedad por encima de la nuestra, recordando que la tradición de la medicina del deber, que nos reta a aprender y aplicar nuestro oficio con excelencia y dedicación.</p>	<p>a, b, c.</p>
<p>Harmon, et al., 2010</p>	<p>Sharp's Women's Service Line clinical nurse specialist (CNS)/ equipo educador ha reconocido la necesidad de buscar continuamente y activamente oportunidades para un mejor apoyo y sostener el compromiso de todo el personal de enfermería. Además, este equipo reconoció que es igualmente importante fomentar la satisfacción profesional y el compromiso con su propio papel, lo que llevó al desarrollo de un grupo de escritura (y, posteriormente, este manuscrito).</p>	<p>La participación activa del personal mediante la participación en el desarrollo de la práctica clínica y la educación, garantizando al mismo tiempo que entiendan los procesos y las herramientas para participar activamente con sus pacientes y colegas, ha logrado una diferencia positiva en la calidad de la atención que se entrega en Sharp Healthcare. También ha aumentado los niveles de personal y la satisfacción del paciente demostrada por estudios de satisfacción. Este grupo de enfermeras especialistas clínicas y educadores ha encontrado diferentes métodos de personal de enfermería inspiradores y atractivos en su crecimiento y desarrollo profesional. La participación en este grupo de la escritura ha permitido a este equipo reflexionar y celebrar muchos esfuerzos de colaboración profesional con éxito.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Hutchings, et al., 2012</p>	<p>Cada uno de los cinco talleres produjo aproximadamente diez ejemplos positivos y diez desafiantes de profesionalismo centrado en el paciente. La tematización de estos ejemplos permitió el desarrollo de ocho temas generales. El foro a continuación, proporciona un mecanismo para el ranking de la importancia de estos temas. El paciente, la enfermera de la comunidad como persona y la ética de enfermería fueron clasificados como los temas más importantes de los participantes del estudio.</p>	<p>Una adaptación del enfoque del grupo de trabajo nominal fue un método útil para permitir el desarrollo de una lista temática que ilustra los importantes ejemplos positivos y desafiantes de profesionalismo centrado en el paciente en enfermería comunitaria.</p>	<p>a, b, c, e, f.</p>
<p>Irvine, 1997</p>	<p>Asegurar la calidad en la autorregulación en la práctica médica: Propósito y valores. bien definidos los valores, las funciones, las responsabilidades y la dirección estratégica. Actuación. Evidencia de gestión competente, un buen liderazgo, criterios operacionales y estándares, buenos sistemas y datos, monitoreo eficaz del rendimiento y la retroalimentación. Consistencia. Evidencia de exhaustividad, imparcialidad y un enfoque sistemático. Efectividad o eficiencia. Evaluación del impacto de los procedimientos; evidencia de que la organización es eficiente y logra una buena relación calidad-precio. Responsabilidad. Responsabilidades y líneas de responsabilidad bien definidas y comprendidas; siempre que sea posible el proceso de regulación debe hacerse visible y los resultados deben ser publicados; evidencia de auditoría externa. Aceptabilidad global. Evidencia de que el rendimiento global y los resultados de la autorregulación inspiran la confianza del público, la profesión médica, y los empleadores.</p>	<p>Ha llegado el momento para un nuevo acuerdo entre la medicina, el estado y la sociedad en general. Es nuestra responsabilidad ver que la práctica profesional es "uno" con las expectativas de la gente y para demostrar que la autorregulación es efectiva. Por su parte, el estado debe dar a los médicos el tiempo necesario para hacer un trabajo profesional para los pacientes y para mantener los estándares de práctica utilizando métodos modernos. La adecuada financiación convertirse en un valor acordado de asistencia sanitaria de calidad. Con este enfoque, podemos estar seguros de que nuestro profesionalismo fortalecerá el respeto y la confianza del público.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Irvine, 1999</p>	<p>Los médicos son más propensos a mantener una buena práctica cuando trabajan en equipos que: ponen a los pacientes primero; muestran liderazgo; tienen valores claros; están colectivamente comprometidos con el mantenimiento y la mejora de la calidad; fomentan el aprendizaje a través del desarrollo personal y de equipo; cuidan de cada miembro; fomentan una cultura de no-culpa; están comprometidos con el principio de control externo; están abiertos hacia su rendimiento. Los equipos eficaces utilizan: guías clínicas explícitas; sistemas eficientes; datos fiables; pruebas firmes; registros claros; programas de desarrollo personal; programas de desarrollo del equipo; auditoría clínica adecuada; evaluación mutua y externa.</p>	<p>En general, la profesión tiene una enorme agenda. Los cambios previstos cantidad, en total, la adopción de un nuevo profesionalismo en la medicina adecuado a la atención sanitaria a empezar en el tercer milenio. Podemos estar seguros de que, si tal ajuste puede completarse con éxito, la confianza del público en los médicos se colocará de forma más segura que nunca, lo cual es importante. Después de todo, los pacientes en la intimidad de la sala de consulta, son críticamente dependientes de la buena conciencia de su médico para hacer el trabajo bien y lo más honestamente posible. Regulación, en cualquier forma, no puede sustituir a la profesionalidad personal de un médico.</p>	<p>a, b, c.</p>
<p>Johnson, 2015</p>	<p>No existe una definición consistente de profesionalismo ni entendimiento común. Aparentemente es fácil de reconocer pero muy difícil de definir. Aquí hay algunas sugerencias; órgano especializado del conocimiento y el aprendizaje permanente; ética; competencia y juicio; comunicación/ habilidades interpersonales/ colaboración; altruismo; compasión y cuidado; compromiso reflexivo sobre la vida, la carrera y la evaluación de la propia práctica; relaciones profesionales.</p>	<p>Nadie nace profesional. Se aprende a través de las expectativas de la escuela (discusiones de las actitudes y comportamientos profesionales), experiencia laboral y el modelado por parte de los más veteranos. Por otra parte, si el profesionalismo es un conjunto de comportamientos, entonces, se puede medir. Parece que es más "atrapado" que enseñado, aunque es necesario que haya una base de información sobre la cual construir. Esta base de datos comienza en la escuela, pero necesita ser reforzada en el empleo a través del proceso de orientación. Los gerentes deben esperar que el personal modele sus comportamientos profesionales para el personal recién contratado con el fin de continuar las tradiciones de profesionalismo de enfermería.</p>	<p>a, b, c, f.</p>

<p>Keyko, 2014</p>	<p>Dentro de una perspectiva ética relacional, es evidente que el compromiso de trabajo permite a las enfermeras a tener relaciones significativas en su trabajo y, posteriormente, ofrecer una atención ética. Si el compromiso es esencial para la práctica de enfermería ética, los factores ambientales y de organización que influyen en el compromiso de trabajo deben ser examinados de cerca para perseguir la creación de comunidades morales dentro de los entornos sanitarios.</p>	<p>La investigación en enfermería existente ofrece información valiosa sobre los predictores y factores que influyen en fomentar el compromiso y el desarrollo de comunidades morales dentro de los entornos sanitarios. Es importante destacar que la investigación apunta a áreas dentro del contexto actual de atención médica que deben examinarse en mayor medida si se desea un verdadero diálogo sobre cómo las enfermeras pueden ser más éticas.</p>	<p>a, b, c, f.</p>
<p>Larkin, 1999</p>	<p>Una consideración cuidadosa de los enfoques más pragmáticos para la evaluación han dado lugar a las siguientes recomendaciones: Modified Essay Question (MEQ) en el examen anual de servicio; la ética del Objective Structured Clinical Examination, estaciones durante Advanced Trauma Life Support, Advanced Cardiac Life Support y Pediatric Advanced Life Support courses; cinta de video (a ciego) de las interacciones del paciente en tiempo real. Estos son solo ejemplos de nuevos métodos que pueden usarse para evaluar la competencia ética clínica en estudiantes de medicina de emergencia y residentes. Sin lugar a dudas, otros pueden ser desarrollados. El trabajo futuro se defina más claramente la validez de este enfoque KNOW-CAN-DO (saber-poder-hacer).</p>	<p>La evaluación de profesionalismo en la medicina de emergencia está limitada por la escasez de herramientas de evaluación disponibles y la falta de tiempo para la implementación en un programa de estudios ya sobrecargado. Se necesitan medidas que se mezclen a la perfección con las oportunidades educativas ya existentes.</p>	<p>a, b, c, e.</p>

<p>Latham, 2002</p>	<p>Concepción del profesionalismo médico a partir de la autoridad experta del médico; el concepto de "autoridad", por lo tanto, se discutió extensamente. Parsons pone también mucho énfasis en el hecho de que el correcto ejercicio de la autoridad médica casi siempre implica alinear los intereses de los pacientes individuales con los de la sociedad en general. Parsons percibe a las instituciones profesionales, tales como escuelas médicas, sociedades y revistas como medio para asegurar la competencia y el comportamiento ético de los profesionales y para ayudar a garantizar que el ejercicio de la autoridad de los profesionales no está sesgada por intereses financieros privados o por el poder político público.</p>	<p>Instituciones profesionales deben animar a los profesionales a desarrollar un conjunto de preferencias y deseos (por ejemplo, por el respeto de sus iguales y no por el poder o ganancia económica) que crearán confianza en las autoridades. Para demostrar su profesionalismo, los médicos solo pueden actuar como profesionales, esforzándose siempre para merecer la confianza y la admiración que esperan inspirar.</p>	<p>a, b, c.</p>
<p>Lee, 2015</p>	<p>Se han identificado cuatro atributos fundamentales: (1) experiencia de emoción positiva en el trabajo; (2) significado del trabajo en sí mismo; (3) propósito y objetivos del trabajo significativo; y (4) el trabajo como parte de la vida que contribuye a la existencia significativa. El precedente identificado de "significado en el trabajo" fue un cambio cognitivo y las consecuencias identificadas fueron; experiencia personal positiva y el impacto positivo sobre iguales y organizaciones.</p>	<p>Este artículo proporciona una definición clara de "significado en el trabajo". La definición coherente resultante facilitará el uso de "significado en el trabajo" en la investigación de enfermería.</p>	<p>a, b, c, f.</p>

<p>Lees, 2009</p>	<p>Los autores muestran que existe una gran diferencia entre la motivación y la mentalidad de los que van a trabajar para hacer un trabajo, y los que haciendo ese trabajo contribuyen al trabajo en equipo eficaz a través de un compromiso personal para actualizar la práctica, rotar por entornos de trabajo o incluso tomar el traslado como parte de la formación permanente, que es probable que sea reinvertido en la atención al paciente y los resultados. Una plantilla motivada se esforzará por promover el trabajo en equipo y se enorgullecerán de lo que hacen, esto tendrá un impacto directo en la calidad de la atención prestada.</p>	<p>La reputación de "lo que las enfermeras hacen bien" debe ser atendido para asegurar el compromiso de la gente con un deseo de cuidar prolongado en el futuro.</p>	<p>a, b, c.</p>
<p>Letelier & Velandia, 2010a</p>	<p>Es posible alcanzar la excelencia si no solo se queda en el discurso, sino que exista el compromiso personal y colectivo de transmitir esta cultura de una generación a otra a través de un proceso continuo de inculturación, formación y socialización en todas las fases del desarrollo profesional. Se precisa de profesionales que hayan alcanzado la madurez moral en un nivel tanto personal como profesional, para dar garantías de que la toma de decisiones en la práctica es el resultado de la responsabilidad, de un acuerdo de las expectativas que la sociedad le asigna en su rol profesional.</p>	<p>Lograr la excelencia a través del profesionalismo requiere producir un cambio de actitud ante el trabajo que permita una participación efectiva que garantice, no solo la calidad del cuidado sino también la satisfacción personal por el trabajo realizado.</p>	<p>a, b, c, f.</p>

<p>Letelier & Velandia, 2010b</p>	<p>El argumento se asemeja a la atención como el tema de los estudios de enfermería y de enfermería como profesión y disciplina desde una perspectiva histórica que integra el concepto de profesionalización en enfermería. Del mismo modo, se presenta el concepto de profesionalismo analizado desde la antropología filosófica con el fin de mostrar el ideal para cada profesional como un hábito operativo derivado de la integración de la teoría (conocimiento) y la práctica ("saber hacer" y "conocimiento moral").</p>	<p>La investigación propone enseñar cómo utilizar la reflexividad a través de un modelo para aprender cómo tomar decisiones con autonomía en cuidados de enfermería.</p>	<p>a, b, c, f.</p>
<p>Loeser & Papadakis, 2000</p>	<p>Los objetivos de este programa son promover un alto nivel profesional desde el primer momento, para identificar los problemas a tiempo y poderlos remediar rápidamente. Nuestra facultad ha identificado e seis a ocho estudiantes por año que necesitan ayuda y hemos desarrollado planes individualizados para ellos. Nuestra observación hasta ahora es que los estudiantes con los mejores resultados son los que son inmaduros de alguna manera o cuyos temperamentos individuales, estilos de comunicación, experiencias previas o retos para adaptarse a la cultura de la medicina pueden afectar a su comportamiento profesional. Los que tienen menos probabilidades de mejorar sus comportamientos profesionales son estudiantes con una pobre motivación, inseguros, irresponsables y que tienen problemas para recibir retroalimentación.</p>	<p>La creación de un programa integrado de promoción, enseñanza y evaluación de profesionalismo subraya el compromiso de la escuela con el desarrollo profesional de los estudiantes. El proceso de evaluación médica ampliada y enfocada puede servir como una medida de resultado para el impacto del plan de estudios en los comportamientos profesionales de los estudiantes.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Lynch, et al., 2004</p>	<p>88 evaluaciones que encajan en una o más de las siguientes 12 categorías: ética-afectiva, ética-cognitiva, ética del comportamiento, ética del medio ambiente, características personales-afectivas, profesionalismo global-cognitivo, profesionalismo global-conductual, profesionalismo global-medio ambiente, diversidad afectiva, diversidad cognitiva, diversidad conductual, diversidad ambiental.</p>	<p>En lugar de crear nuevas evaluaciones de profesionalismo, las evaluaciones existentes deben ser mejoradas. Además, se recomiendan más estudios sobre la validez predictiva de las evaluaciones y su uso como parte de los sistemas de evaluación formativa. Sobre la base de la revisión, se presentan sugerencias para la evaluación de los estudiantes de medicina, médicos residentes y médicos en ejercicio.</p>	<p>a, b, c, e.</p>
<p>Malathi, 1999</p>	<p>Podemos cambiar el clima de aprendizaje para reforzar los comportamientos profesionales, como el respeto, la compasión, el altruismo, la responsabilidad, el servicio y el aprendizaje permanente. La investigación ha demostrado que los patrones de comportamiento pueden ser enseñados.</p>	<p>El profesionalismo es parte integral de la práctica de la medicina. Las bases de nuestro profesionalismo colectivo están siendo puestos a prueba severamente por grandes cambios, tanto en la educación médica como en el mercado del cuidado de la salud. Pero el desafío a comportarse profesionalmente es también una prueba personal que se produce todos los días, y que va en aumento.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Markakis, et al., 2000</p>	<p>Describe los componentes específicos del programa diseñado para crear un entorno centrado en el alumno que apoya la adquisición de los valores profesionales; estos componentes incluyen un programa de formación en habilidades de comunicación, conferencias sobre casos, visitas a domicilio, un grupo de apoyo a residentes y un programa de tutoría.</p>	<p>Como educadores y modelos a seguir, hay que examinar de cerca e integrar los procedimientos para administrar tanto el contenido como la realización de programas educativos de conducta diseñados para promover los valores de profesionalismo y humanismo.</p>	<p>a, b, c.</p>
<p>Pellegrino, 2002</p>	<p>La discusión en cuatro partes breves: una breve nota sobre las definiciones y connotaciones de los términos profesionales y profesionalismo, un breve esbozo del concepto de la ética de la virtud, el lugar de la ética de la virtud en la profesión médica y la enseñanza de las virtudes médicas.</p>	<p>Se distingue entre la idea de profesión y profesionalización y define los rasgos característicos que implica un verdadero acto profesional. Estos conceptos importantes tienen implicaciones prácticas para los médicos de manera individual, las sociedades profesionales y las escuelas de medicina.</p>	<p>a, b, c.</p>

<p>Primm, 2010</p>	<p>La "Rueda interactiva de profesionalismo" ayudará en el proceso de la autorrevisión. Los individuos califican cada radio de la rueda de 0 en el centro a 10 en el borde exterior del radio. A continuación, los individuos trazan una línea que conecta cada punto para calificarse a sí mismos alrededor de la rueda y para descubrir la apariencia de la rueda (redonda, tambaleante, plana, pequeña, perfecta).</p>	<p>Los profesionales que quieren mejorar su práctica puede utilizar la "Rueda de profesionalismo" para identificar áreas para el cambio o mejora.</p>	<p>a, b, c, f.</p>
<p>Rhodes, et al., 2012</p>	<p>La Rueda de Miller de profesionalismo en enfermería proporciona un marco para la discusión de los conceptos profesionales de enfermería. Se utilizan varias estrategias de enseñanza-aprendizaje, incluyendo una demostración corta de diapositivas, conferencias interactivas por expertos en el área y las discusiones de grupo dirigidas por los estudiantes de escenarios basados en los elementos de profesionalismo ilustrados por Miller.</p>	<p>El uso del marco de Miller y diversas estrategias educativas produjo una mayor satisfacción de los profesores y participación de estudiantes que los presenciados en años anteriores, lo que resulta un fundamento profundo para el desarrollo de la conducta profesional a lo largo del plan de estudios.</p>	<p>a, b, c, f.</p>

<p>Rudy, et al., 2001</p>	<p>Se hizo una lista de 376 respuestas, un promedio de 4.4 por estudiante. Las respuestas fueron analizadas por temas por dos evaluadores y se resolvieron las diferencias mediante consenso. Las categorías superiores de las respuestas fueron: la dedicación al aprendizaje, que aparece en un 60% de los estudiantes (diligencia, aprendizaje permanente, preparación para la clase); el respeto, el 58% (para los compañeros de clase, profesores, pacientes, otros profesionales de la salud); confidencialidad de los pacientes, el 43%; la escucha, el 31% (en clase, a los pacientes); la honestidad, el 35% (integridad, moral); vestimenta y apariencia, el 29%; cortesía, 26%; el trabajo en equipo, el 26% (ayudar a otros estudiantes a aprender); la empatía, el 24%; temperamento favorable, el 20% (madurez, actitud positiva, paciencia); conocimiento de las limitaciones, 20%; y la puntualidad, el 19%.</p>	<p>Abordar cuestiones como la dedicación al aprendizaje, la honestidad y el respeto pueden aumentar la relevancia de profesionalismo para ellos. Estamos identificando las percepciones de habilidades y comportamientos profesionales para diseñar intervenciones educativas apropiadas a cada etapa para enseñar el profesionalismo. Las preguntas adicionales incluyen: ¿Hay etapas de desarrollo en la asimilación de conductas profesionales? ¿Es la honestidad en el aula un precursor de la honestidad en el ámbito clínico? ¿Ser cortés hacia los profesores y los compañeros predice la cortesía a los pacientes, sus familias y el personal auxiliar? ¿Cómo podría diseñarse un plan de estudios sobre el profesionalismo?</p>	<p>a, b, c.</p>
<p>Stevens, 2002</p>	<p>Las cuestiones fundamentales; la capacidad de tratar a los pacientes, la satisfacción en la prestación de continuidad del cuidado, la construcción y el mantenimiento de las relaciones de confianza, las oportunidades de participar creativamente en la mejora de la buenos sistemas de información del sistema, la capacidad de ejercer la curiosidad profesional, las comunicaciones abiertas y justas con otros miembros, las razonables condiciones de trabajo y de los niveles de ingresos.</p>	<p>El rumbo hacia el profesionalismo en nuestro tiempo es proporcionar un cuidado a la salud nacional, que responde a la opinión pública; sus normas transparentes; su universalismo consolidación de las funciones públicas de la profesión; y una profesión que está bien organizado, astuto, un combatiente eficaz y garante de las normas. Las responsabilidades del profesionalismo de hoy son impresionantes.</p>	<p>a, b, c.</p>

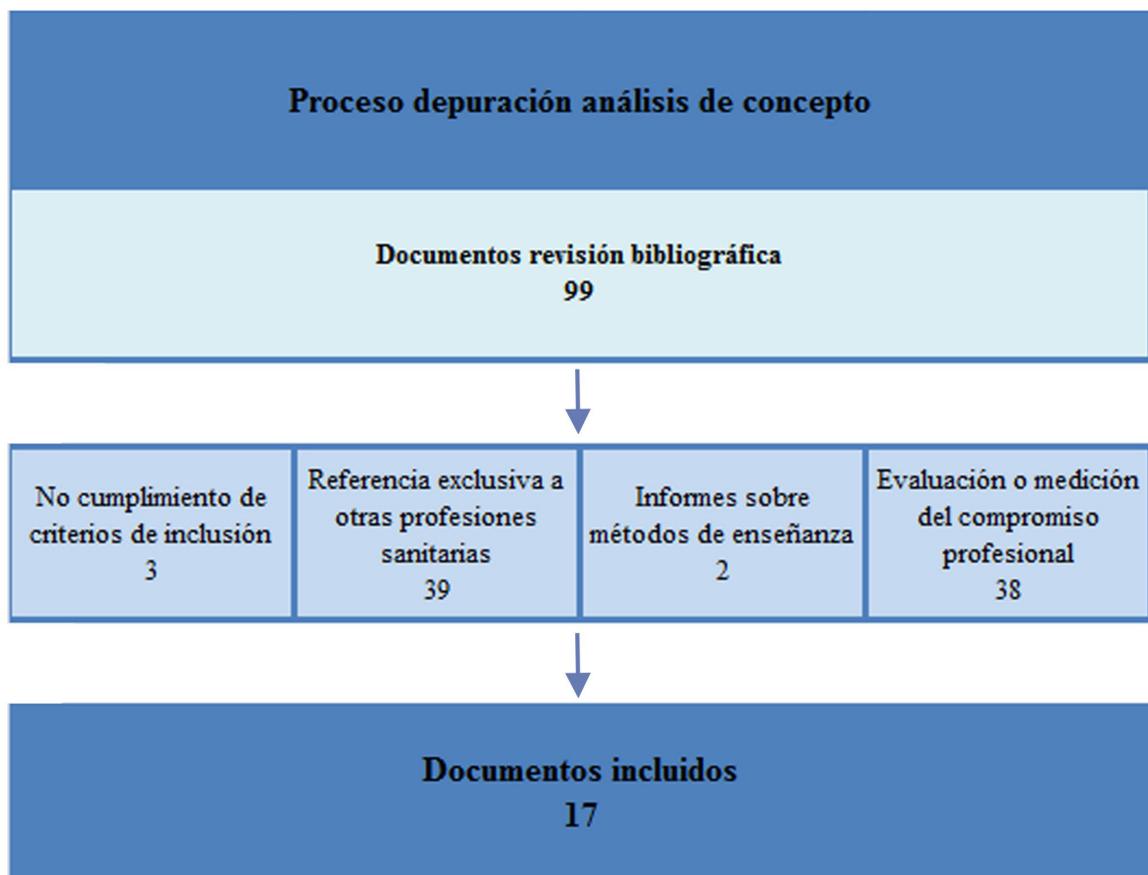
<p>Surdyk, 2003</p>	<p>Se espera del proyecto ACGME: demostrar el respeto, la compasión y la integridad; dar prioridad a la capacidad de respuesta a las necesidades de los pacientes y de la sociedad antes que el interés propio; la rendición de cuentas a los pacientes, la sociedad y la profesión; y un compromiso con la excelencia y el desarrollo profesional; demostrar un compromiso con los principios éticos relacionados con el suministro o la retención de la atención clínica, la confidencialidad de la información del paciente, el Consentimiento Informado, y las prácticas comerciales; demostrar sensibilidad y capacidad de respuesta a la cultura, la edad, el género y discapacidad de los pacientes.</p>	<p>A través del proyecto ACGME se ha dejado claro el carácter de la educación médica graduada. Nuestros esfuerzos como educadores médicos y especialistas en ética deben asegurarse de que la enseñanza y la evaluación de conductas y actitudes profesionales son componentes vitales del plan de estudios. Al final, nosotros, como pacientes tenemos en cuenta la profesionalidad de los médicos a quienes hemos confiado el cuidado de la nuestra salud.</p>	<p>a, b, c.</p>
<p>Van De Camp, et al., 2004</p>	<p>Un total de 90 elementos de profesionalismo fueron identificados en los 57 artículos incluidos en nuestro estudio. Tres temas dentro de profesionalismo fueron descubiertos: el profesionalismo interpersonal; el profesionalismo público; y el profesionalismo intrapersonal. Estos temas se consideraron precisos por el panel de expertos que apoya la validez de los resultados.</p>	<p>Nuestros resultados muestran que el concepto de profesionalismo es multidimensional y debe ser conceptualizada como tal.</p>	<p>a, b, c, e.</p>

<p>Wymia, et al., 1999</p>	<p>Tres elementos de profesionalismo; la devoción, la profesión y el centro de negociación, diferencias en la naturaleza, son necesarias para que funcione correctamente.</p>	<p>Creemos que hay un papel esencial del profesionalismo en la sociedad que la asistencia sanitaria controladas por el gobierno dirigido por el mercado y por sí solos no pueden proporcionar, y proponemos tres elementos básicos del profesionalismo médico: vocación de servicio, valores de la profesión y la negociación dentro de la sociedad. Cada elemento puede ser mal aplicado, pero en equilibrio ofrecen orientación normativa. El modelo pide a los médicos participar en actividades profesionales a lo largo de un espectro de actividades de promoción, lo que contribuye a preservar la decencia y la estabilidad que son esenciales para la sociedad civilizada.</p>	<p>a, b, c.</p>
--------------------------------	---	---	-----------------

6.1.2. Análisis de concepto

Siguiendo la metodología descrita anteriormente (apartado 4.2.1. Proceso de revisión bibliográfica y análisis de concepto), para incluir todos los usos del concepto, se partió de los documentos extraídos de la revisión bibliográfica llevada a cabo. Se seleccionaron aquellos que cumplieron los criterios de selección descritos con anterioridad, un total de 17 trabajos (Figura 8). Excepcionalmente, se incluyó el original de Jenaro et al. (2011) por ser un trabajo llevado a cabo en España, que pese al uso de metodología cuantitativa, pretendía analizar la asociación entre las características individuales, las características del trabajo de los profesionales enfermeros y el compromiso profesional.

Figura 8. Proceso de depuración de referencias encontradas en la búsqueda en profundidad para realizar el análisis de concepto



Por medio de un análisis inductivo, de los trabajos finalmente incluidos, se identificaron los temas más relevantes y se crearon categorías provisionales en base a las preguntas: ¿Cuáles son los términos que se identifican con el constructo de compromiso profesional en enfermería?, ¿Cuáles son las características o atributos que pueden definirlo?, ¿Qué factores se asocian con el compromiso profesional en enfermería?, ¿Existen variaciones socioculturales o temporales que influyan en la clarificación del concepto?, ¿Es posible describir un ejemplo?, ¿Cuáles son las consecuencias de alcanzar niveles óptimos de compromiso profesional en enfermería? y en definitiva, ¿Cómo se puede definir el concepto de compromiso profesional en el ámbito de la enfermería?,

Características de los trabajos seleccionados para el análisis, como el país donde se llevaron a cabo las investigaciones, el objetivo de dichos documentos, los resultados, las conclusiones principales y los términos sustitutos usados, pueden consultarse en la Tabla 5 y Anexo X.

Tabla 5. Características, resultados, conclusiones y términos usados por los originales seleccionados, para realizar el análisis concepto

Autor, año	País	Objetivo	Resultados	Conclusiones	Términos sustitutos
Akhtar, et al., 2013	Canadá	Identificar los puntos de vista comunes sobre el profesionalismo de los profesores de enfermería y estudiantes.	Cuatro puntos de vista surgieron; humanistas, retratistas, facilitadores y reguladores.	Las diferencias indican que puede haber numerosas variables contextuales que influyen en las percepciones de profesionalismo de los individuos.	Professionalism

<p>Beattie & Crossan, 2015</p>	<p>UK</p>	<p>Este documento identifica las cuestiones más importantes que deben abordarse para las enfermeras (un grupo grande de empleados del NHS).</p>	<p>El caso de estudio para este trabajo sobre enfermeras escocesas de un nuevo hospital, se centró en la interacción entre la sensación de sentirse valorado, la participación y percepción de que tienen "una voz" y la línea de apoyo de la administración.</p>	<p>Se identifican los temas y retos para la investigación empírica en un futuro. Los dos elementos seleccionados (la sensación de sentirse valorado, la participación y percepción de que tienen "una voz" y la línea de apoyo de la administración) sobre el compromiso de los empleados y su importancia para el personal de enfermería se explora en este trabajo basado en múltiples métodos de un estudio de caso ("Central Infirmary").</p>	<p>Employee engagement</p>
<p>Dehghani, et al., 2015</p>	<p>Irán</p>	<p>El presente estudio se realizó con el objetivo de aportar claridad y reducir las ambigüedades semánticas en torno al concepto de profesionalismo.</p>	<p>El análisis demostró que el profesionalismo en enfermería consiste en tres pilares principales: principios de cuidado, la comunicación y la ética.</p>	<p>Dado que el proceso de profesionalismo en enfermería puede tener resultados positivos para la enfermera, la profesión de enfermería y el sistema de salud de la comunidad, estos ítems han sido atendidos. El presente análisis de concepto puede abrir el camino a la realización de una investigación más extensa y la elaboración de herramientas para identificar las barreras, los facilitadores y las disposiciones administrativas para aclarar el concepto.</p>	<p>Professionalism</p>

<p>Ghadirian, et al., 2014</p>	<p>Irán</p>	<p>El objetivo de este trabajo es identificar los atributos esenciales de la profesionalidad de enfermería.</p>	<p>El análisis mostró que el profesionalismo de enfermería está determinado por tres atributos cognitivo, actitudinal y psicomotor. Además, los antecedentes más importantes fueron los datos demográficos, la experiencia, la educación, el medio ambiente y los factores actitudinales.</p>	<p>El profesionalismo en enfermería es un proceso inevitable, complejo, variado y dinámico. En este estudio, la importancia, el alcance y el concepto de profesionalismo en enfermería, es el comienzo para la investigación, el desarrollo y la ampliación de los conocimientos de enfermería que fueron explicados y aclarados.</p>	<p>Professionalism</p>
<p>Gokenbach & Drenkard, 2011</p>	<p>USA</p>	<p>Un estudio de caso de una organización que en todos los niveles, desde el económico, la mano de obra, la calidad, la seguridad y se ha beneficiado de "Magnet journey".</p>	<p>Como resultado de su estudio, había un grupo de 41 hospitales que fueron descritos como los hospitales "magnet" debido a las características que todos compartían, y por medio de estos elementos fueron capaces de atraer y retener a los profesionales de enfermería. Estas características hicieron conocidos como "Forces of Magnetism".</p>	<p>El "Magnet journey" ha permitido al personal de enfermería sentirse orgulloso del trabajo que hacen, sentir autoridad y control en su ambiente de trabajo y en última instancia, sentirse valorados por la organización. El compromiso se ha hecho mediante la transformación de la organización de enfermería en el esfuerzo continuo para mantener la cultura "magnetized" apoyado por la búsqueda de la excelencia.</p>	<p>Engagement</p>

<p>Hutchings, et al., 2012</p>	<p>UK</p>	<p>Informe sobre la elaboración de una lista temática (ranking) que abarca los ejemplos positivos y desafiantes de profesionalismo centrado en el paciente en enfermería comunitaria.</p>	<p>Cada uno de los cinco talleres produjo aproximadamente diez ejemplos positivos y diez desafiantes de profesionalismo centrado en el paciente. La tematización de estos ejemplos permitió el desarrollo de ocho temas generales. El foro a continuación, proporciona un mecanismo para el ranking de la importancia de estos temas. El paciente, la enfermera de la comunidad como persona y la ética de enfermería fueron clasificados como los temas más importantes de los participantes del estudio.</p>	<p>Una adaptación del enfoque del grupo de trabajo nominal fue un método útil para permitir el desarrollo de una lista temática que ilustra los importantes ejemplos positivos y desafiantes de profesionalismo centrado en el paciente en enfermería comunitaria.</p>	<p>Patient-centred professionalism</p>
<p>Jafaragae, et al., 2012</p>	<p>Irán</p>	<p>Analizar el concepto de compromiso profesional de las enfermeras iraníes.</p>	<p>La lealtad, la tendencia a permanecer en la profesión y la responsabilidad de las cuestiones profesionales fueron temas extraídos en la fase teórica. Compromiso de promover habilidades de cuidado, satisfacción de ser enfermera y sentimiento de pertenencia a la profesión se obtuvieron en la fase de trabajo de campo. Por último, se extrajeron dos temas principales, incluyendo "compromiso de ofrecer la mejor atención de enfermería" y "compromiso con la promoción de la profesión enfermera".</p>	<p>La enfermería es una profesión humanista; tiene algunas características particulares debido a la propia naturaleza de la profesión. En este trabajo se obtuvo una definición compuesta por dos dimensiones de compromiso profesional.</p>	<p>Professional commitment</p>

<p>Jafaraghaee, et al., 2014</p>	<p>Irán</p>	<p>Este estudio tuvo como objetivo explorar los factores que influyen en el compromiso profesional de las enfermeras iraníes.</p>	<p>Dos categorías emergieron: retos o dificultades con sentimientos diferentes y el rol del gestor o jefe. La primera tenía dos subcategorías: burnout o síndrome de estar quemado y sentimiento de ser valorado. La segunda tenía tres subcategorías: clima de gratitud o castigo, la perspectiva del cuidado del gestor y la enfermería basada en el conocimiento versus enfermería basada en la rutina</p>	<p>Los resultados revelaron que el burnout como una sensación común en las enfermeras además de la oportunidad de ayudar a los demás. Impedimentos en el sistema de salud, tales como la sobrecarga de trabajo y tener más interés en los beneficios de la organización en lugar de la atención del paciente y el bienestar da lugar a una sensación de humillación y frustración. Congruencia entre los gestores y los valores percibidos por las enfermeras sería una pieza clave para el compromiso profesional. Fomentar sensaciones de apoyo y agradecimiento, valorar el cuidado y la promoción de la práctica basada en el conocimiento fueron algunos de los otros factores importantes para el compromiso profesional.</p>	<p>Professional commitment</p>
<p>Jenaro, et al., 2011</p>	<p>España</p>	<p>Este artículo analiza la asociación entre las características individuales, las características de trabajo de las enfermeras y el engagement.</p>	<p>En cuanto a la morbilidad psiquiátrica, el 49% enfermeras cumplen los criterios para los síntomas somáticos, el 65,5% cumplieron con los criterios para la ansiedad y el insomnio, el 4,6% cumplieron con los criterios para la disfunción social y el 10% cumplieron con los criterios para la depresión severa. No hubo efectos de la duración del servicio o categoría profesional. Los directores de enfermería obtuvieron puntuaciones más altas en varios estresores laborales en comparación con otros grupos. En cuanto a la participación, el 33% de las enfermeras experimentaron alta dedicación, 20,4% experimentaron alto vigor y el 36,7% experimentaron una alta absorción. Los predictores de vigor y dedicación fueron la satisfacción con el puesto de trabajo, una mayor calidad de vida laboral, disfunción social más baja y menor estrés asociado con el cuidado del paciente.</p>	<p>Las estrategias para promover el compromiso de trabajo deben ser implementadas. Se debe prestar más atención a los entornos de trabajo para garantizar la satisfacción en el trabajo, estrategias de organización para reducir el estrés asociado con el cuidado de los pacientes, iniciativas para la mejora social y también se requieren habilidades de comunicación para que las enfermeras experimenten vigor y dedicación.</p>	<p>Work engagement</p>

<p>Johnson, 2015</p>	<p>USA</p>	<p>Explicar el concepto de profesionalismo para la profesión enfermera y algunas sugerencias para su inclusión en el plan de estudios, la orientación y la conducta modelada por las enfermeras "seniors".</p>	<p>No existe una definición consistente de profesionalismo ni entendimiento común. Aparentemente es fácil de reconocer pero muy difícil de definir. Aquí hay algunas sugerencias; órgano especializado del conocimiento y el aprendizaje permanente; ética; competencia y juicio; comunicación/habilidades interpersonales/ colaboración; altruismo; compasión y cuidado; compromiso reflexivo sobre la vida, la carrera y la evaluación de la propia práctica; relaciones profesionales.</p>	<p>Nadie nace profesional. Se aprende a través de las expectativas de la escuela (discusiones de las actitudes y comportamientos profesionales), experiencia laboral y el modelado por parte de los más veteranos. Por otra parte, si el profesionalismo es un conjunto de comportamientos, entonces, se puede medir. Parece que es más "atrapado" que enseñado, aunque es necesario que haya una base de información sobre la cual construir. Esta base de datos comienza en la escuela, pero necesita ser reforzada en el empleo a través del proceso de orientación. Los gerentes deben esperar que el personal modele sus comportamientos profesionales para el personal recién contratado con el fin de continuar las tradiciones de profesionalismo de enfermería.</p>	<p>Professionalism</p>
<p>Keeling & Templeman, 2013</p>	<p>UK</p>	<p>Explorar las percepciones de profesionalismo de estudiantes de último año de enfermería utilizando un enfoque reflexivo.</p>	<p>Los resultados revelaron que la percepción de los estudiantes sobre la vulnerabilidad, la representación simbólica, el modelado de roles, el descontento y el desarrollo profesional como elementos que informaron del propio profesionalismo. Además, el ser capaces de observar el comportamiento de las enfermeras registradas fue significativo para el estudiante en el desarrollo de su propio sentido de identidad profesional, usando modelos positivos y negativos de forma constructiva.</p>	<p>Parece que los últimos años los estudiantes de enfermería, son conscientes del impacto de escenarios de práctica y de la influencia de la observación, que afectan a sus propias percepciones de profesionalismo. Son capaces de identificar con claridad y dar sentido a las experiencias en la práctica, y de forma constructiva, utilizar este conocimiento para informar positivamente de su práctica.</p>	<p>Professionalism</p>

Keyko, 2014	Canadá	En este artículo, se argumenta que el compromiso es esencial para la práctica ética de enfermería.	Dentro de una perspectiva ética relacional, es evidente que el compromiso de trabajo permite a las enfermeras a tener relaciones significativas en su trabajo y, posteriormente, ofrecer una atención ética. Si el compromiso es esencial para la práctica de enfermería ética, los factores ambientales y de organización que influyen en el compromiso de trabajo deben ser examinados de cerca para perseguir la creación de comunidades morales dentro de los entornos sanitarios.	La investigación en enfermería existente ofrece información valiosa sobre los predictores y factores que influyen en fomentar el compromiso y el desarrollo de comunidades morales dentro de los entornos sanitarios. Es importante destacar que la investigación apunta a áreas dentro del contexto actual de atención médica que deben examinarse en mayor medida si se desea un verdadero diálogo sobre cómo las enfermeras pueden ser más éticas.	Engagement
Lee, 2015	USA	Informar de un análisis del concepto sobre el "significado en el trabajo".	Se han identificado cuatro atributos fundamentales: (1) experiencia de emoción positiva en el trabajo; (2) significado del trabajo en sí mismo; (3) propósito y objetivos del trabajo significativo; y (4) el trabajo como parte de la vida que contribuye a la existencia significativa. El precedente identificado de "significado en el trabajo" fue un cambio cognitivo y las consecuencias identificadas fueron; experiencia personal positiva y el impacto positivo sobre iguales y organizaciones.	Este artículo proporciona una definición clara de "significado en el trabajo". La definición coherente resultante facilitará el uso de "significado en el trabajo" en la investigación de enfermería.	Meaning in work

<p>Lees, 2009</p>	<p>UK</p>	<p>Describir la importancia de concepto de compromiso con el cuidado.</p>	<p>Los autores muestran que existe una gran diferencia entre la motivación y la mentalidad de los que van a trabajar para hacer un trabajo, y los que haciendo ese trabajo contribuyen al trabajo en equipo eficaz a través de un compromiso personal para actualizar la práctica, rotar por entornos de trabajo o incluso tomar el traslado como parte de la formación permanente, que es probable que sea reinvertido en la atención al paciente y los resultados. Una plantilla motivada se esforzará por promover el trabajo en equipo y se enorgullecerán de lo que hacen, esto tendrá un impacto directo en la calidad de la atención prestada.</p>	<p>La reputación de "lo que las enfermeras hacen bien" debe ser atendido para asegurar el compromiso de la gente con un deseo de cuidar prolongado en el futuro.</p>	<p>Commitment</p>
<p>Letelier & Velandia, 2010a</p>	<p>Chile</p>	<p>Aportar argumentos para construir un camino que permita alcanzar la excelencia profesional. Reflexión sobre el profesionalismo y como lograrlo.</p>	<p>Es posible alcanzar la excelencia si no solo se queda en el discurso, sino que exista el compromiso personal y colectivo de transmitir esta cultura de una generación a otra a través de un proceso continuo de inculturación, formación y socialización en todas las fases del desarrollo profesional. Se precisa de profesionales que hayan alcanzado la madurez moral en un nivel tanto personal como profesional, para dar garantías de que la toma decisiones en la práctica es el resultado de la responsabilidad, de un acuerdo de las expectativas que la sociedad le asigna en su rol profesional.</p>	<p>Lograr la excelencia a través del profesionalismo requiere producir un cambio de actitud ante el trabajo que permita una participación efectiva que garantice, no solo la calidad del cuidado sino también la satisfacción personal por el trabajo realizado.</p>	<p>Profesionalismo</p>

Walker, et al., 2015	Australia	<p>Averiguar cuánto sabían sobre el profesionalismo -sus necesidades y cómo afecta a la atención al paciente- y lo que consideran ser las actitudes personales, atributos y valores que componen el profesionalismo.</p>	<p>Los datos se agruparon en 23 atributos de profesionalismo, que cubre todo el espectro de opiniones y debate.</p>	<p>Este pequeño estudio valida la educación que se imparte en el Nursing Council's Code of Conduct, el conocimiento de las enfermeras sobre profesionalismo, el compromiso de New Zealand Nurses Organisation para impulsar mejoras en la combinación de capacidades y niveles de personal y un buen acceso a la formación continua, todo lo cual promoverá las condiciones esenciales para la práctica profesional.</p>	Professionalism
Zibrik, et al., 2010	Canadá-Inglaterra	<p>Este estudio examina las experiencias de profesionalismo enfermeras rurales y articula la naturaleza de profesionalismo en los entornos de atención de agudos rurales.</p>	<p>Los resultados indican que el profesionalismo entre las enfermeras rurales es un fenómeno dinámico y duradero, que reside en el lugar de trabajo y el contexto de la comunidad. Experimentar el profesionalismo en la enfermería rural significa ser visible en la comunidad mientras se acepta la realidad en el lugar de trabajo.</p>	<p>La comprensión de profesionalismo en un contexto rural tiene implicaciones significativas en términos de afirmación e identificación de fuentes de satisfacción en el trabajo entre las enfermeras rurales y la creación de ambientes de práctica profesional en las zonas rurales.</p>	Professionalism

Objeto de análisis y ámbito

Se identificó el concepto de compromiso profesional como elemento a analizar dentro del ámbito de la enfermería.

Términos sustitutos

Se pudo comprobar que pese a la demostración de la gran influencia del concepto en la clínica, pocos trabajos proponen una definición contundente sobre el compromiso profesional. Como apunta Akhtar et al. (2013), no existe un consenso sobre la definición de dicho concepto en el ámbito de la enfermería. Esto, puede deberse a los diversos términos que aparecen en la literatura, los términos sustitutos o *surrogate terms* utilizados, que como se expone a continuación no necesariamente poseen características definitorias similares, fueron: *professionalism* (n=7), *engagement* (n=2), *professional commitment* (n=2), profesionalismo (n=1), *patient-centred professionalism* (n=1), *work engagement* (n=1), *employee engagement* (n=1), *commitment* (n=1) y *meaning in work* (n=1).

- *Professionalism*

El concepto de profesionalismo ha sido estudiado desde la década de los 60 por las profesiones sanitarias. Algunos autores consideran este concepto de manera general y abstracta y otros lo concretan mediante comportamientos.

Letelier & Velandia (2010a) lo consideran “un ideal moral del cuidado de enfermería cuyo fin es la protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana”. Akhtar et al. (2013) incluyen en su visión, la especialización, la responsabilidad intelectual e individual y la conciencia de grupo.

Hay quienes consideran el concepto en su expresión más práctica. Zibrik et al. (2010) lo definen como las conductas, objetivos o cualidades que son indicativos de una profesión o que designan a alguien como profesional. Arnold (2002) apunta que se trata de un conjunto de comportamientos puestos al servicio de los demás, articulados a partir de una vocación con un cuerpo de conocimientos y habilidades. Keeling & Templeman (2013) consideran que dichos comportamientos se forjan en base a la autonomía y la autorregulación, y añaden la importancia de la creencia en el servicio público que impera en el Reino Unido. Ghadirian et al. (2014) apuntan además la importancia de la adquisición de una ideología profesional,

medida por los mejores estándares, al igual que Dehghani, Salsali & Cheraghi (2015) que consideran relevante tener en cuenta las características personales y profesionales. En esta cuestión final, la consideración del trabajo profesional centrado en el paciente, han trabajado Hutchings, Rapport, Wright, Doel & Jones (2012) que consideran, que el profesionalismo es atender y trabajar centrados en el interés hacia las características, preferencias y deseos del paciente.

- *Engagement*

Aparentemente existe más consenso en relación con este término, considerado esencialmente como una disposición hacia el trabajo. Según Gokenbach & Drenkard (2011) se trata de una actitud que permite estar física, mental y emocionalmente conectado al trabajo. Siguiendo la línea, marcada con anterioridad por Schaufeli *et al.*, Jenaro *et al.* (2011) y Keyko (2014) definen el *engagement* como el cumplimiento y el estado positivo de la mente, que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción en el trabajo. En la investigación llevada a cabo por Beattie & Crossan (2015), que pretendía determinar las características del concepto, se define como una actitud positiva del empleado hacia la organización y sus valores.

- *Commitment*

Es el compromiso de ofrecer servicios a la sociedad, la creencia en el respeto y el valor de cada individuo, el compromiso con la educación y la autonomía y la intención de seguir trabajando como enfermero, siendo ésta la forma en que las personas piensan acerca de la profesión y muestran su lealtad hacia ella (Jafaragae, Parvizy, Mehrdad & Rafii, 2012).

- *Meaning in work*

Según Lees (2009), es el descubrimiento del significado de la experiencia laboral, el trabajo en sí y el propósito del mismo.

Atributos del concepto

A partir de la literatura revisada, se han identificado los atributos propios del concepto en el ámbito de la enfermería. Se reconocieron 4 dimensiones o categorías: aprendizaje de conocimientos y habilidades propias de la profesión, adquisición de valores, reconocimiento

de la responsabilidad profesional y comportamientos profesionales.

- Aprendizaje de conocimientos y habilidades propias de la profesión.

El aprendizaje constante y especializado, forma parte del compromiso que se adquiere al ejercer de manera profesional cualquier ocupación. No obstante, en la enfermería, este aspecto adquiere gran relevancia debido a los cambios constantes que sufre. Jafaragae et al. (2012) creen firmemente que el desarrollo de los conocimientos y de la experiencia, es una característica definitoria del compromiso de ofrecer la mejor atención.

Por otra parte, es palpable la preocupación por la conexión entre la teoría y la práctica clínica. Un ejemplo de ello, son los resultados obtenidos por Keeling & Templeman (2013) que, descubrieron dicha preocupación, en torno al concepto de profesionalismo en los estudiantes de enfermería. El conocimiento teórico debe ser entendido entonces como un ideal, un máximo a alcanzar, que debe intentar integrarse en la práctica diaria. Es por ello que este atributo, no solo incluye el conocimiento formal y permanente en competencias clínicas, que describen autores como Letelier & Velandia (2010a) y Walker, Clendon & Walton (2015), sino que engloba además, otros aspectos como la obligación de estar informado (Hutchings, et al., 2012), el aprendizaje de habilidades interpersonales, de colaboración y comunicación (Dehghani, et al., 2015) e incluso la capacidad de adaptación (Akhtar, et al., 2013).

- Adquisición de valores

Los valores son construcciones filosóficas, que aún siendo generales, no se encuentran de la misma manera en las personas, de ahí la importancia de su fomento en el ámbito profesional. Por ejemplo Alfred et al. (2013), encontraron similitudes en cuanto a los valores generales de enfermeros de Taiwán y Estados Unidos, pero de la misma manera, también encontraron diferencias significativas entre los valores individuales, resultado de las diferentes construcciones filosóficas y religiosas. La ética profesional, en cambio, viene dada por las normas que deberían regir la conducta de un grupo, “impuestas” por el conjunto de la profesión y no por el compromiso individual.

En todos los trabajos analizados, se hace referencia a la importancia de los valores personales en el ejercicio profesional. Ejemplo de ello es el trabajo realizado por Akhtar et al. (2013) que, aun diferenciando cuatro perfiles a la hora de definir el profesionalismo, resaltaron

la importancia de los valores puestos a disposición del quehacer profesional, incluyendo el respeto por la dignidad humana, la integridad personal, la protección de la privacidad y la protección de los pacientes ante cualquier daño. Otros autores destacan la accesibilidad, la flexibilidad (Hutchings, et al., 2012), la empatía y la conducta altruista (Jafaraghaee, et al., 2014), la vocación, el compromiso personal, la integridad, la compasión, la defensa de los valores vitales, jurídicos y sociales (Letelier & Velandia, 2010a), la confianza, la honestidad, la actitud positiva, la amabilidad, la paciencia y el mantenimiento de la confidencialidad, entre otros (Walker, et al., 2015).

La importancia de la adquisición de valores se refleja también en la opinión de Lees (2009), que caracteriza el *commitment* solo por medio de cinco valores fundamentales: considerar a los pacientes como objetivo principal, respetar a los demás, tratar de ser el mejor, presumir de lo que se hace y actuar con integridad. La misma importancia por este aspecto, como medio para lograr el compromiso profesional, se desprende del trabajo de Dehghani et al. (2015) que proponen poner énfasis en los valores humanos y el de Jafaraghaee et al. (2012) que insisten en el desarrollo de dichos valores y el fomento de virtudes humanas de rango superior.

El desarrollo de este aspecto, según la literatura analizada, debe realizarse mediante el currículum oculto, transmitiendo de manera tácita los valores adecuados.

- Reconocimiento de la responsabilidad profesional

La adquisición de conocimientos, habilidades propias y valores, conlleva necesariamente el reconocimiento de la responsabilidad que emerge de la toma de decisiones. Todo acto humano genera responsabilidad, pero especialmente, las decisiones tomadas que tienen consecuencias en la vida de otros deben ser consideradas como responsabilidad profesional. Este atributo incluye además, como apuntan Hutchings et al. (2012), el deber de cuidar y la atención de alta calidad.

Esto no solo entraña la capacidad para reflexionar sobre dichos aspectos, sino que engloba la responsabilidad personal hacia la profesión enfermera, es decir, la evaluación constante de la práctica diaria e incluso el juicio sobre la de los demás, la adhesión a los códigos de ética profesionales, la participación en el avance de la profesión -ya sea por medio de la investigación, la docencia o la participación en organizaciones u acciones- y el sentimiento

de pertenencia que impide el abandono.

Este aspecto aparece de manera explícita en la literatura consultada, Akhtar et al. (2013) destacan que todas sus fuentes incluyeron la rendición de cuentas, la responsabilidad y la adhesión a los códigos profesionales, como elementos esenciales para definir la profesionalidad. Los estudiantes de enfermería que entrevistaron Keeling & Templeman (2013), revelaron la preocupación por la inminencia de la responsabilidad, entendiendo la enfermería como una “forma de vida”, que incluye la importancia de la capacidad para hacer juicios sobre otros. Jafaragae et al. (2012) consideran la promoción de la profesión como indicativo del compromiso, es decir, tener orgullo de ser enfermero, ser responsable y tener una actitud negativa hacia el abandono de la profesión, Walker et al. (2015) aluden a la adhesión a un código de conducta, la capacidad para reconocer errores, la ética de trabajo, la conciencia, la gestión del tiempo, el compromiso con la reflexión profunda sobre la práctica, y el dar y aceptar evaluación de los compañeros. En cuanto a la participación en el avance de la profesión, destacan las opiniones de Natan, Qeadan & Egbaria (2014) que incluyen, como elementos del compromiso profesional, las funciones del tutor de enfermería, que ve aumentada su carga laboral y que es responsable de los errores de los estudiantes.

El reconocimiento de este aspecto promoverá el aumento de servicios de alta calidad, puesto que la responsabilidad conlleva la evaluación reflexiva y constante. Esto, junto con la participación, ayudará a aumentar el estatus de la profesión y mejorará la percepción de los pacientes hacia el trabajo y la profesión enfermera.

- Comportamientos profesionales

Los comportamientos son la traducción práctica del compromiso profesional. Todas las fuentes consultadas los incluyen como un aspecto relevante. Esta dimensión, engloba todo tipo de comportamientos llevados a cabo en el trabajo o hacia la profesión. Cabe destacar: la atención integral que pretende dar prioridad a los intereses y bienestar de los pacientes (Dehghani, et al., 2015), la importancia de la apariencia personal, la colaboración interdisciplinaria, el liderazgo, la actitud (Akhtar, et al., 2013), la accesibilidad, la flexibilidad, la adaptabilidad, la autonomía, las relaciones de trabajo (Hutchings, et al., 2012), el apoyo a otros enfermeros, el respeto hacia las culturas (Walker, et al., 2015), entre otros.

Tromp, et al. (2010) (autores de la escala a adaptar), sugieren clasificarlos de la siguiente manera: comportamiento hacia otros profesionales; comportamiento hacia la sociedad y comportamiento hacia uno mismo, que dependen, en gran medida, del resto de atributos descritos anteriormente.

Factores relacionados con el concepto

La motivación individual es, entonces, condición esencial que caracteriza los atributos del compromiso profesional. Coincidiendo con Jenaro et al. (2011) se consideran otros factores, que difícilmente pueden ser cambiados o controlados por el profesional, como predictores y no como atributos definitorios del mismo. Así, elementos como el apoyo proporcionado por las organizaciones, la normativa adecuada de las instituciones o las actitudes de los usuarios, quedaron reflejados en este trabajo como factores o elementos asociados.

En la literatura analizada se apuntan varios factores en general, multidimensionales y dinámicos que, no siendo elementos definitorios, influyen en el compromiso profesional y viceversa. Es por ello necesario tenerlos en cuenta y profundizar, en otras investigaciones, sobre su relación con el concepto a estudio, pues pueden considerarse como predictores del mismo. Ejemplo de ello son la investigaciones llevadas a cabo por Beattie & Crossan (2015), que describen sobre el *employee engagement* elementos como: sentirse valorado y tener una voz, satisfacción en el trabajo, trabajo significativo, cultura de apoyo y apoyo a la gestión, etc. Hutchings et al. (2012) destacan por un lado, aspectos relacionados con el lugar donde se lleva a cabo el trabajo: acceso limitado a la información, equipos y recursos suficientes, adecuación de las instalaciones, etc. y por otro lado, aspectos relacionados con los usuarios: falta de cumplimiento del tratamiento, percepciones erróneas sobre el papel de la enfermería, falta de implicación por parte de los cuidadores, etc. Finalmente, Akhtar et al. (2013) argumentan la importancia sobre la influencia de la comunicación de las creencias y las normas adecuadas por parte de las instituciones. Otros elementos destacados en la literatura analizada, se exponen a continuación.

- Factores relacionados con el ámbito laboral
 - Motivación y apoyo de los gerentes y supervisores, estructura, características, contexto y cultura organizacional/institucional.
 - Perfil de trabajo y clima laboral, trabajo en equipo, comunicación, colaboración, gestión adecuada del tiempo, obligaciones burocráticas, adecuación de las cargas laborales, libertad relacionada con la independencia de criterio, práctica basada en rutinas.
 - Adecuación de recursos, recursos suficientes y adecuados, dotación de personal, facilidad de acceso a la formación continua, etc.
 - Seguridad financiera, estabilidad laboral y número de trabajadores temporales, que pueden dificultar los vínculos con la institución y la profesión.
- Factores relacionados con el ámbito personal
 - Contexto y vida personal.
 - Satisfacción profesional y calidad de vida laboral.
 - Nivel de autotranscendencia, entendido como la capacidad de encontrar sentido de la vida dirigido a algo o a alguien que no sea uno mismo.
 - *Burnout*, estrés.
- Factores relacionados con la experiencia
 - Intención de permanecer y de no abandonar la profesión.
- Factores demográficos
 - Estado civil, género, etc., pueden influir como características sociodemográficas predictivas.

- Factores sociales
 - Satisfacción en la sociedad.
 - Percepción de los usuarios sobre el trabajo de enfermería.
 - Visibilidad y valor en el contexto de la comunidad.

Variaciones socioculturales y temporales

Debido a los factores anteriormente descritos, como apuntan Dehghani et al. (2015) el concepto puede variar en cualquier país de acuerdo a la cultura y el contexto. Así, aunque aparentemente incluya elementos universales, en él influyen variaciones socioculturales y temporales. Por ejemplo, el trabajo de Jafaraghaee et al. (2014) concluye que los enfermeros iraníes asumen su compromiso profesional como resultado de sus creencias religiosas, circunstancia que no ocurre en otros entornos. En otra investigación llevada a cabo por Zibrik et al. (2010), se demostró que el contexto rural afectaba inevitablemente a las formas en que los profesionales de enfermería experimentaban y cumplían con sus funciones profesionales. Además, como apuntan De Araujo & Pavone (2010), la imagen de la enfermería también depende del contexto y de la cultura específica de cada entorno laboral.

En cuanto a la temporalidad, el desarrollo de las nuevas tecnologías, los nuevos roles de cuidado, el cambio en las expectativas de los pacientes y de los profesionales jóvenes, hacen que los factores del concepto estén en constante evolución (Irvine, 1999; Walker, et al., 2015). Incluso varios autores sugieren que el concepto varía de manera individual y personal. Como apunta Lees (2009), los empleados perciben la importancia del trabajo en relación con otros ámbitos de su vida, y lo definen según el contexto de la vida personal. Hutchings et al. (2012) incluyen además la influencia de la relación específica entre el enfermero y el usuario.

Caso ejemplo

Es complicado desarrollar un caso concreto que explique el verdadero sentido del compromiso profesional. Como se ha argumentado, existe un vacío bibliográfico sobre el tema en España y, como argumentan Ghadirian et al. (2014), la propia naturaleza del concepto dificulta esta tarea. No obstante, se encuentran algunos trabajos (Akhtar, et al., 2013; Jafaraghaee, et al., 2014; Keeling & Templeman, 2013; Walker, et al., 2015; Zibrik, et

al., 2010) que podrían explicar la esencia del constructo por medio de las propias palabras de los participantes (entrevistas semi-estructuradas). También se puede consultar un trabajo reciente desarrollado por Dehghani et al. (2015), donde se propone un caso concreto y los comportamientos considerados más o menos profesionales, en el contexto iraní.

Consecuencias del desarrollo del concepto

La literatura analizada demuestra que el fomento del compromiso profesional (Dehghani, et al., 2015; Jenaro, et al., 2011; Lee, 2015; Letelier & Velandia, 2010b; Zibrik, et al., 2010):

- Aumenta la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente en el ámbito de la enfermería, la satisfacción del personal y los usuarios, la autoridad profesional y el poder de tomar decisiones.
- Genera el desarrollo de programas de capacitación, para mejorar la eficiencia educativa.
- Reduce los accidentes y errores.
- Previene la aparición de agotamiento y abandono.
- Promueve la gestión de riesgos, la creación de normas de empleo, la socialización, el desarrollo profesional, la promoción de la profesión y el desarrollo del concepto en sí (Jafaragae, et al., 2012).

Todos estos aspectos son cruciales para la enfermería en su desarrollo como profesión, y para los pacientes en la búsqueda final de una atención de calidad. Un personal con altos niveles de compromiso profesional, se esforzará por promover un cuidado integral, tomando al paciente como prioridad, sin descuidar su responsabilidad hacia ellos mismos y hacia su profesión. Esto es prioritario en los sistemas de salud actuales (Dehghani, et al., 2015; Jenaro, et al., 2011; Letelier & Velandia, 2010a). Además, a la larga, estos profesionales aumentarán su participación y satisfacción, promoviendo la creatividad y la innovación (Jafaraghaee, et al., 2014; Lee, 2015; Letelier & Velandia, 2010a).

No obstante, es interesante reflexionar sobre la opinión de Ghadirian et al. (2014), que aun destacando dichos aspectos positivos derivados del fomento del compromiso profesional, sostienen que de la misma manera, en condiciones de incertidumbre, pueden crearse puntos ciegos en la organización y detener el flujo de información vital, debido a que los grupos

profesionales pueden llegar a formar su propia subcultura, especialmente en sus hábitos de lenguaje y comunicación. Por lo tanto, tienden a estar separados, incluso si están trabajando con otros grupos en una organización. Incluida esta posibilidad, hay que insistir en la inclusión de la importancia del apoyo a otros profesionales y el trabajo en equipo, es decir, el comportamiento hacia otros profesionales, como pilar para lograr la excelencia profesional.

Definición del concepto

Partiendo de estos resultados, la definición del concepto en el ámbito de la enfermería española podría construirse así: “El compromiso profesional en enfermería es la adquisición de conocimientos y habilidades que permiten formar, a partir de valores, un ideal moral sobre la prestación de un buen servicio de cuidado, reconociendo la autonomía, la autorregulación y la responsabilidad propia de la profesión enfermera, generando así el sentimiento de pertenencia a dicha profesión, la actitud que permite estar física, mental y emocionalmente conectado al trabajo y los comportamientos profesionales, medidos por medio de estándares de calidad, puestos al servicio de los demás, en los cuales se debería primar la oferta de los mejores servicios, teniendo en cuenta las características profesionales y personales de los pacientes según situación”.

6.2. Constructo y validación del instrumento

6.2.1. Traducción, adaptación transcultural y lingüística

Las valoraciones de los participantes de las fases de traducción, síntesis y la traducción hacia atrás (*back translation*) sobre las condiciones de los ítems traducidos pueden verse reflejadas en las Tabla 6, Tabla 7 y Tabla 8.

Tabla 6. Valoraciones de los participantes sobre los ítems en el proceso de traducción

Valoraciones participantes traducción sobre los ítems		
Nivel dificultad	Participante 1	Participante 2
Mínima	86,79%	33,01%
Alguna	9,43%	30,18%
Media	3,70%	21,69%
Bastante	0%	10,37%
Máxima	0%	4,71%

Tabla 7. Valoraciones de los participantes sobre los ítems en el proceso de síntesis

Valoraciones participantes síntesis sobre los ítems		
Nivel dificultad	Participante 3	Participante 4
Mínima	76,41%	64,15%
Alguna	7,50%	31,13%
Media	6,60%	4,71%
Bastante	4,71%	0%
Máxima	0,94%	0%
Equivalencia conceptual		
Totalmente equivalente	67,92%	57,54%
Bastante equivalente	22,64%	39,62%
Equivalencia dudosa	9,43%	1,88%
Claridad y comprensión		
Claro y comprensible	66,98%	51,80%
Difícil de entender	23,58%	46,22%
Incomprensible	9,43%	1,88%
Naturalidad		
Muy natural	66,98%	25,47%
Bastante natural	23,58%	66,03%
Nada natural	9,43%	8,49%

Tabla 8. Valoraciones de los participantes sobre los ítems en el proceso de *back translation*

Valoraciones participantes <i>back translation</i> sobre los ítems		
Nivel dificultad	Traductor 1	Traductor 2
Mínima	47,16%	56,60%
Alguna	41,50%	33,96%
Media	9,43%	6,60%
Bastante	1,88%	1,88%
Máxima	0%	0,94%
Equivalencia conceptual		
Totalmente equivalente	95,28%	77,35%
Bastante equivalente	4,71%	20,75%
Equivalencia dudosa	0%	1,88%

Finalmente no hubo discrepancias importantes, diferencias conceptuales ni de contenido, entre la versión de instrumento conseguida por medio del proceso de *back translation* y la versión original, como puede observarse en la Tabla 9. Todas las valoraciones fueron relevantes en la construcción de la versión, consensuada por parte de los investigadores principales, primando la formula lingüística que se consideraron más adecuada y simple. En este sentido, antes del proceso de *debriefing* se decidió prescindir de los ítems relacionados únicamente con la labor médica en el contexto español, de la Dimensión I el ítem 1.4. “Respetar el derecho del paciente a inspeccionar su propio historial médico”, de la Dimensión II 2.14. “Dirige consultas estructurales con personal de apoyo”, de la Dimensión III 3.15. “Comprende que las recetas/prescripciones de largo tratamiento deben ser extendidas de forma responsable” y de la Dimensión IV 4.30. “Es capaz de dejar que un trastorno leve (ejemplo cansancio), siga su propio curso aunque el diagnóstico correcto sea desconocido”.

Tabla 9. Valoraciones de los investigadores principales sobre la correspondencia de los ítems con la versión original, tras finalizar todo el proceso

Valoraciones investigadores principales sobre los ítems	
Correspondencia con la versión original	Investigadores principales
Buena	88,67%
Apropiada	11,32%
Mala	0%

En el Anexo II puede consultarse la versión (con los ítems re-enumerados) ofrecida a los expertos para su valoración. Como resultado del *debriefing*, se eliminaron las ambigüedades detectadas, y los ítems superfluos, factor muy relevante debido al elevado número de ítems de la escala original.

- Atendiendo a la Regla uno se eliminaron: 11 ítems en la Dimensión I (1.3.; 1.5.; 1.6.; 1.7.; 1.8.; 1.15.; 1.17.; 1.18.; 1.22.; 1.23.; 1.25.), 10 ítems en la Dimensión II (2.3.; 2.6.; 2.8.; 2.9.; 2.10.; 2.14.; 2.15.; 2.16.; 2.19.; 2.22.), 6 ítems en la Dimensión III (3.3.; 3.4.; 3.9.; 3.12.; 3.13.; 3.18.) y 13 ítems en la Dimensión IV (4.3.; 4.6.; 4.13.; 4.14.; 4.15.; 4.16.; 4.17.; 4.18.; 4.19.; 4.20.; 4.21.; 4.31.; 4.32.).
- Atendiendo a la Regla dos se eliminaron: 1 ítem de la Dimensión I (1.12.), 2 ítems de la Dimensión II (2.11.; 2.23.) y 1 en la Dimensión IV (4.27.).
- Atendiendo a la Regla tres se eliminaron: 1 ítem en la Dimensión II (2.21.) y 1 ítem en la Dimensión III (3.15.).
- Atendiendo a la Regla cuatro se modificaron para hacer el lenguaje más natural, haciendo uso del *probing* y el *paraphrasing*: 6 ítems de la Dimensión I (1.2.; 1.13.; 1.14.; 1.16.; 1.20.; 1.24.), 5 ítems en la Dimensión II (2.2.; 2.4.; 2.5.; 2.7.; 2.12.), 4 ítems en la Dimensión III (3.5.; 3.7.; 3.8.; 3.14.) y 5 ítems en la Dimensión IV (4.2.; 4.4.; 4.22.; 4.30.; 4.36.).

Dicho proceso puede verse reflejado en las tablas correspondientes a cada dimensión, Dimensión I (Tabla 10), Dimensión II (Tabla 11), Dimensión III (Tabla 12) y Dimensión IV (Tabla 13). Como puede observarse, se omiten los datos con respecto a algunas valoraciones sin interés debido al descarte del ítem, siguiendo de manera secuencial los criterios anteriormente detallados (apartado 4.2.2.2. *Debriefing*). Al finalizar este proceso se consiguió una escala de 56 ítems.

Tabla 10. Valoraciones de los participantes del *debriefing* sobre los ítems de la Dimensión I, y su relación con los criterios de descarte y modificación

Valoraciones participantes <i>debriefing</i> Dimensión I y criterios descarte y modificación						
Dimensión I	Regla 1	Regla 2	Regla 3	Regla 4		
	Eliminación	Idoneidad	Relevancia	Modificación	Claridad y comprensión	Naturalidad
Ítem 1.1.	0%	0%	0%	4,17%	100%	83,33%
Ítem 1.2.	4,17%	4,17%	4,17%	12,50%	100%	75%
Ítem 1.3.	16,67%					
Ítem 1.4.	4,17%	8,33%	4,17%	4,17%	100%	83,33%
Ítem 1.5.	12,50%					
Ítem 1.6.	16,67%					
Ítem 1.7.	16,67%					
Ítem 1.8.	33,33%					
Ítem 1.9.	0%	0%	0%	0%	100%	83,33%
Ítem 1.10.	4,17%	0%	0%	8,33%	100%	79,17%
Ítem 1.11.	0%	0%	0%	8,33%	100%	87,50%
Ítem 1.12.	8,33%	12,50%				
Ítem 1.13.	8,33%	4,17%	0%	12,50%	100%	79,17%
Ítem 1.14.	0%	0%	0%	16,67%	100%	83,33%
Ítem 1.15.	16,67%					
Ítem 1.16.	8,33%	0%	0%	20,83%	100%	62,50%
Ítem 1.17.	29,17%					
Ítem 1.18.	20,83%					
Ítem 1.19.	4,17%	0%	0%	4,17%	100%	91,67%
Ítem 1.20.	4,17%	4,17%	4,17%	12,50%	100%	66,67%
Ítem 1.21.	8,33%	8,33%	4,17%	8,33%	100%	83,33%
Ítem 1.22.	12,50%					
Ítem 1.23.	12,50%					
Ítem 1.24.	4,17%	4,17%	4,17%	20,83%	100%	75%
Ítem 1.25.	16,67%					

Tabla 11. Valoraciones de los participantes del *debriefing* sobre los ítems de la Dimensión II, y su relación con los criterios de descarte y modificación

Valoraciones participantes <i>debriefing</i> Dimensión II y criterios descarte y modificación						
Dimensión II	Regla 1	Regla 2	Regla 3	Regla 4		
	Eliminación	Idoneidad	Relevancia	Modificación	Claridad y comprensión	Naturalidad
Ítem 2.1.	0%	0%	0%	0%	100%	87,50%
Ítem 2.2.	8,33%	4,17%	4,17%	20,83%	100%	79,17%
Ítem 2.3.	16,67%					
Ítem 2.4.	4,17%	0%	0%	16,67%	95,84%	58,33%
Ítem 2.5.	4,17%	4,17%	0%	37,50%	95,84%	37,50%
Ítem 2.6.	12,50%					
Ítem 2.7.	0%	4,17%	0%	16,67%	100%	70,83%
Ítem 2.8.	20,83%					
Ítem 2.9.	12,50%					
Ítem 2.10.	25,00%					
Ítem 2.11.	4,17%	16,67%				
Ítem 2.12.	4,17%	0%	0%	25%	95,84%	79,17%
Ítem 2.13.	8,33%	8,33%	4,17%	8,33%	100%	79,17%
Ítem 2.14.	16,67%					
Ítem 2.15.	12,50%					
Ítem 2.16.	20,83%					
Ítem 2.17.	0%	4,17%	0%	4,17%	100%	83,33%
Ítem 2.18.	8,33%	8,33%	8,33%	0%	87,50%	62,50%
Ítem 2.19.	25%					
Ítem 2.20.	4,17%	4,17%	4,17%	8,33%	100%	83,33%
Ítem 2.21.	8,33%	4,17%	12,50%			
Ítem 2.22.	20,83%					
Ítem 2.23.	4,17%	16,67%				

Tabla 12. Valoraciones de los participantes del *debriefing* sobre los ítems de la Dimensión III, y su relación con los criterios de descarte y modificación

Valoraciones participantes <i>debriefing</i> Dimensión III y criterios descarte y modificación						
Dimensión III	Regla 1	Regla 2	Regla 3	Regla 4		
	Eliminación	Idoneidad	Relevancia	Modificación	Claridad y comprensión	Naturalidad
Ítem 3.1.	0%	0%	0%	8,33%	100%	79,17%
Ítem 3.2.	8,33%	4,17%	8,33%	4,17%	95,84%	66,67%
Ítem 3.3.	25%					
Ítem 3.4.	12,50%					
Ítem 3.5.	8,33%	8,33%	4,17%	16,67%	95,84%	75%
Ítem 3.6.	4,17%	4,17%	0%	4,17%	100%	83,33%
Ítem 3.7.	0%	0%	0%	20,83%	100%	70,83%
Ítem 3.8.	0%	4,17%	0%	12,50%	95,84%	75%
Ítem 3.9.	16,67%					
Ítem 3.10.	4,17%	0%	0%	8,33%	95,84%	83,33%
Ítem 3.11.	8,33%	0%	0%	8,33%	100%	75%
Ítem 3.12.	16,67%					
Ítem 3.13.	12,50%					
Ítem 3.14.	4,17%	8,33%	4,17%	12,50%	95,84%	66,67%
Ítem 3.15.	8,33%	8,33%	12,50%			
Ítem 3.16.	4,17%	4,17%	0%	4,17%	100%	70,83%
Ítem 3.17.	8,33%	4,17%	8,33%	4,17%	95,84%	79,17%
Ítem 3.18.	16,67%					

Tabla 13. Valoraciones de los participantes del *debriefing* sobre los ítems de la Dimensión IV, y su relación con los criterios de descarte y modificación

Valoraciones participantes <i>debriefing</i> Dimensión IV y criterios descarte y modificación						
Dimensión IV	Regla 1	Regla 2	Regla 3	Regla 4		
	Eliminación	Idoneidad	Relevancia	Modificación	Claridad y comprensión	Naturalidad
Ítem 4.1.	8,33%	4,17%	8,33%	4,17%	100%	75%
Ítem 4.2.	8,33%	4,17%	4,17%	20,83%	91,66%	70,83%
Ítem 4.3.	16,67%					
Ítem 4.4.	8,33%	8,33%	4,17%	16,67%	95,83%	62,50%
Ítem 4.5.	0%	0%	0%	4,17%	100%	79,17%
Ítem 4.6.	16,67%					
Ítem 4.7.	4,17%	0%	0%	4,17%	100%	70,83%
Ítem 4.8.	8,33%	4,17%	8,33%	0%	100%	83,33%
Ítem 4.9.	4,17%	0%	0%	0%	100%	91,67%
Ítem 4.10.	8,33%	0%	0%	0%	100%	83,33%
Ítem 4.11.	8,33%	4,17%	4,17%	8,33%	100%	87,50%
Ítem 4.12.	8,33%	0%	0%	4,17%	100%	75%
Ítem 4.13.	16,67%					
Ítem 4.14.	16,67%					
Ítem 4.15.	16,67%					
Ítem 4.16.	25%					
Ítem 4.17.	25%					
Ítem 4.18.	12,50%					
Ítem 4.19.	12,50%					
Ítem 4.20.	20,83%					
Ítem 4.21.	12,50%					
Ítem 4.22.	8,33%	8,33%	4,17%	12,50%	100%	87,50%
Ítem 4.23.	4,17%	4,17%	0%	4,17%	100%	83,33%
Ítem 4.24.	0%	4,17%	4,17%	8,33%	100%	79,17%
Ítem 4.25.	4,17%	0%	0%	8,33%	100%	91,67%
Ítem 4.26.	8,33%	0%	0%	8,33%	100%	87,50%
Ítem 4.27.	8,33%	12,50%				
Ítem 4.28.	8,33%	4,17%	4,17%	8,33%	100%	87,50%
Ítem 4.29.	8,33%	0%	0%	4,17%	100%	91,67%
Ítem 4.30.	8,33%	4,17%	4,17%	25%	95,83%	58,33%
Ítem 4.31.	16,67%					
Ítem 4.32.	20,83%					
Ítem 4.33.	8,33%	4,17%	4,17%	0%	100%	87,50%
Ítem 4.34.	4,17%	4,17%	4,17%	8,33%	95,83%	66,67%
Ítem 4.35.	8,33%	4,17%	0%	4,17%	95,83%	79,17%
Ítem 4.36.	0%	0%	0%	16,67%	91,66%	62,50%

Las valoraciones sobre el instrumento en general, pueden verse reflejadas en la Tabla 14, estas fueron tenidas en cuenta para la mejora del instrumento final, así como los comentarios libres que hicieron 19 participantes. Estos, en general, versaban sobre la unificación de ítems para que no resultaran repetitivas ciertas ideas, la excesiva extensión del instrumento o la formulación en positivo de los enunciados. Debido a esta situación se decidió, por consenso, unificar los ítems valorados como repetitivos. En la Dimensión I se unificaron los ítems 1.20. y 1.21. mediante la expresión “En la provisión de cuidados tiene en cuenta tanto las consecuencias en la vida diaria del paciente como los aspectos relevantes del entorno”. En la Dimensión III se unificaron los ítems 3.8., 3.10. y 3.11. mediante la expresión “Es capaz de identificar problemas, establecer prioridades y elaborar un proyecto de mejora de calidad asistencial” y los ítems 3.16. y 3.17. mediante la expresión “Justifica decisiones tomadas en base a la evidencia científica, sopesando a la vez los factores relacionados con las circunstancias del paciente”. Por último, en la Dimensión IV, se unificaron los ítems 4.7. y 4.8. mediante la expresión “Realiza una estimación realista de sus puntos fuertes y débiles, sin dejar de creer en su propia competencia”, los ítems 4.28. y 4.29. mediante la expresión “Es capaz de aprender de sus errores y sigue adelante” y los ítems 4.33. y 4.34. mediante la expresión “Es capaz de manejar situaciones de enfrentamiento y agresividad, por parte de pacientes difíciles o enfadados”.

Es necesario destacar algunos comentarios acerca de la dudosa eficacia de las opciones de respuesta del instrumento (1-raramente o nunca, 4-siempre), no obstante se decidió seguir con estas opciones para seguir la línea y formato usados por el instrumento original, y a la vez, evitar la opción neutra.

Tabla 14. Valoraciones de los participantes del *debriefing* sobre el instrumento en general

Valoraciones participantes <i>debriefing</i> sobre el instrumento en general		
Idoneidad	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	0	0%
Alguna	1	4,17%
Media	2	8,33%
Bastante	10	41,67%
Máxima	11	45,83%
Relevancia		
Mínima	0	0%
Alguna	0	0%
Media	1	4,17%
Bastante	12	50%
Máxima	11	45,83%
Adecuación		
Adecuado	6	25%
Bastante adecuado	15	62,50%
Inadecuado	3	12,50%
Añadir ítems		
Si	2	8,33%
No	22	91,67%

Tras el proceso de traducción y adaptación lingüística, se logró un instrumento conceptualmente equivalente a su versión en inglés de 49 ítems, agrupados en cuatro dimensiones: comportamiento del profesional hacia el paciente 12 ítems (Dimensión I), comportamiento del profesional hacia otros profesionales 10 ítems (Dimensión II), comportamiento del profesional hacia la sociedad 8 ítems (Dimensión III) y comportamiento del profesional hacia sí mismo 19 ítems (Dimensión IV). Ítems re-

enumerados de nuevo a partir de este punto (Anexo IV y Anexo XI).

Esta versión fue enviada a los autores de la escala original, y a los colaboradores que expresaron su conformidad con todo el proceso realizado.

6.2.2. Validación y fase de pilotaje

Siguiendo las recomendaciones para la realización de un análisis factorial, se calculó que debía haber un mínimo de 245 participantes en la fase de pilotaje. Se finalizó el periodo de recogida de datos, en el momento que se dispuso del número suficiente de participantes que cumplieron criterios de inclusión, y que tuvieran similares características sociodemográficas a los de los participantes del estudio llevado a cabo por Rodríguez & Bosch (2005) (resultados expuestos en los gráficos del apartado 4.2.2.4. Representatividad de los participantes, muestra).

La validación del instrumento se realizó con un total de 249 profesionales enfermeros, que respondieron el instrumento a validar, de los cuales 226 (90,76%) fueron mujeres, la media de edad fue de 37,76 años, no tenían personas a su cargo 139 (55,82%) participantes y 140 (56,22%) tenían estudios superiores u otra formación además de la educación básica para ejercer la profesión. La media temporal en el ejercicio profesional fue de 14,82 años y la media temporal en el puesto actual fue de 7,17 años. El servicio o unidad de Atención Primaria fue donde mayoritariamente, 47 (18,88%) participantes, ejercían su profesión en el momento de cumplimentación. No obstante, 113 (45,38%) profesionales cumplían funciones asistenciales en hospitales. Solo 18 (7,23%) participantes carecía de vinculación contractual con el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) y la mayoría, 177 (71,08%) trabajaba a jornada completa. Estos datos sociodemográficos pueden consultarse en las Tablas 15 y 16 y los Gráficos 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12.

Tabla 15. Características sociodemográficas (variables cualitativas) de los participantes de la fase pilotaje

Características sociodemográficas I		Porcentaje	Frecuencia
Sexo	Mujer	90,76%	226
	Hombre	9,24%	23
Personas a cargo	0	55,82%	139
	1	18,47%	46
	2	18,88%	47
	3	5,22%	13
	4	1,61%	4
Nivel académico	Doctorado	0,80%	2
	Máster	9,64%	24
	Enfermero especialista (EIR)	14,46%	36
	Experto, posgrado o estudios similares	10,84%	27
	Graduado, licenciado, diplomado en otra materia	17,27%	43
	Preparación de oposición	11,24%	28
	Otros	3,21%	8
Puesto actual	Solo graduado, diplomado, ayudante técnico sanitario en enfermería	32,53%	81
	Servicios o unidades médicas	10,04%	25
	Servicios o unidades quirúrgicas	6,02%	15
	Atención primaria	18,88%	47
	Servicios o unidades obstétrico-ginecológicas	6,43%	16
	Servicios o unidades de salud mental	3,21%	8
	Servicios o unidades pediátricos	2,41%	6
	Servicios o unidades hospitalarias especiales	29,32%	73
	Servicios o unidades geriátricos	1,61%	4
	Servicios o unidades dedicadas a la gestión	5,62%	14
	Servicios o unidades dedicadas a la docencia	1,61%	4
	Servicios o unidades dedicadas a la investigación	0,40%	1
	Urgencias extra-hospitalarias	4,02%	10
	Consultas	5,22%	13
Ninguno	5,22%	13	
Función principal	Función asistencial hospitalaria	45,38%	113
	Función asistencial atención primaria	17,27%	43
	Función asistencial en otro ámbito	9,24%	23
	Función gestora-administrativa	6,43%	16
	Función investigadora	0%	0
	Función docente	16,06%	40
Relación contractual	Estudiante	5,62%	14
	Personal fijo	34,94%	87
	Personal interino	20,08%	50
	Personal eventual	37,75%	94
Dedicación actual	Ninguno	7,23%	18
	Jornada completa	71,08%	177
	Jornada reducida	23,29%	58
	Ninguna	5,62%	14

Tabla 16. Características sociodemográficas (variables cuantitativas) de los participantes de la fase pilotaje

Características sociodemográficas II	Edad	Años en ejercicio profesional	Años en el puesto actual
Media	37,97	14,82	7,17
Desviación típica	10,99	10,82	7,12
Min	19	0	0
Max	63	43	35
RIQ	16	13	7
Mediana	30	7	2
P25	35	11	5
P75	46	20	9

Gráfico 3. Distribución de la característica “Sexo” de los participantes de la fase de pilotaje

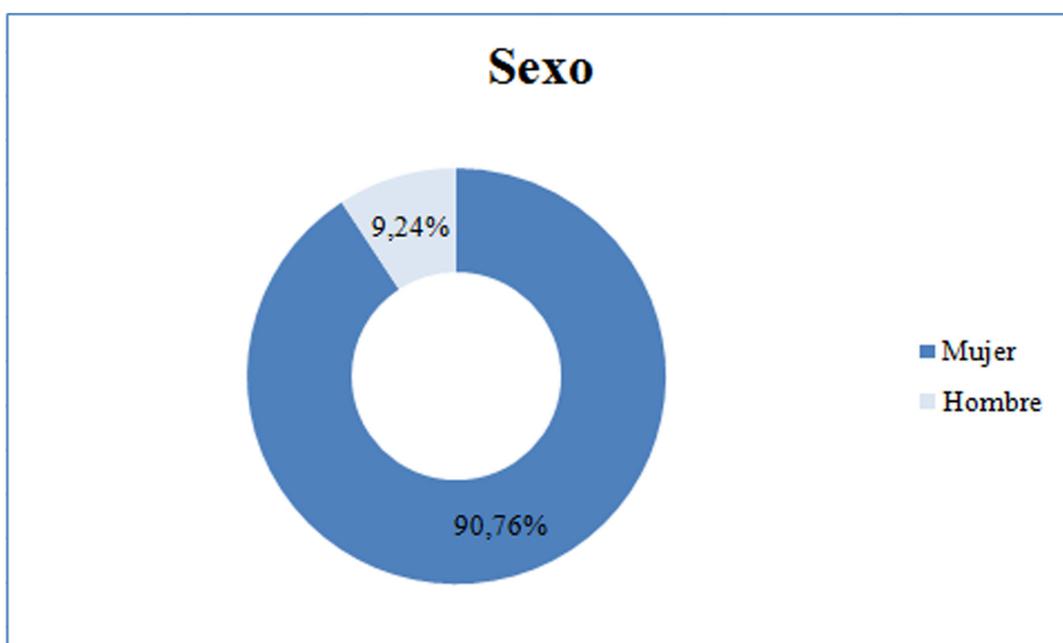


Gráfico 4. Distribución de la característica “Edad” de los participantes de la fase de pilotaje

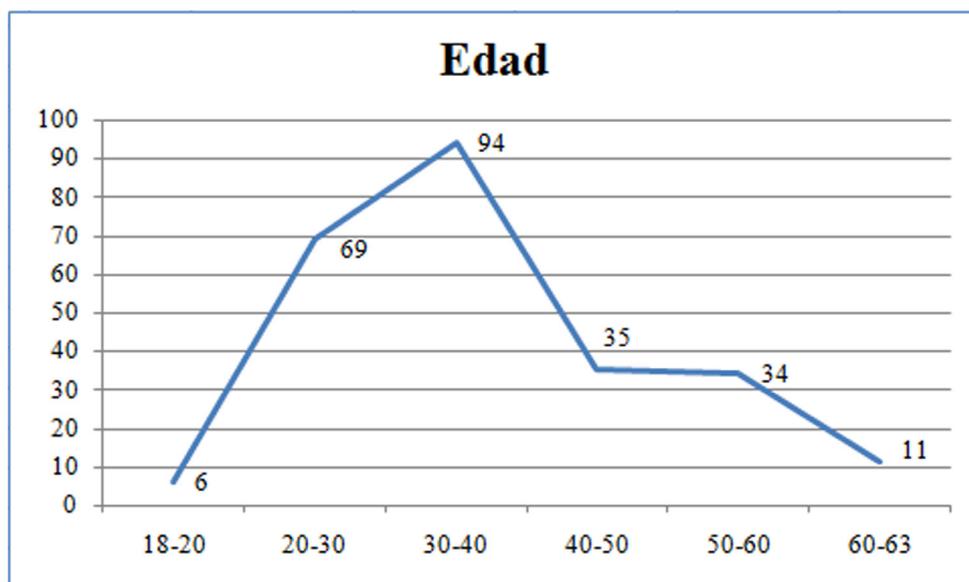


Gráfico 5. Distribución de la característica “Personas a cargo” de los participantes de la fase de pilotaje

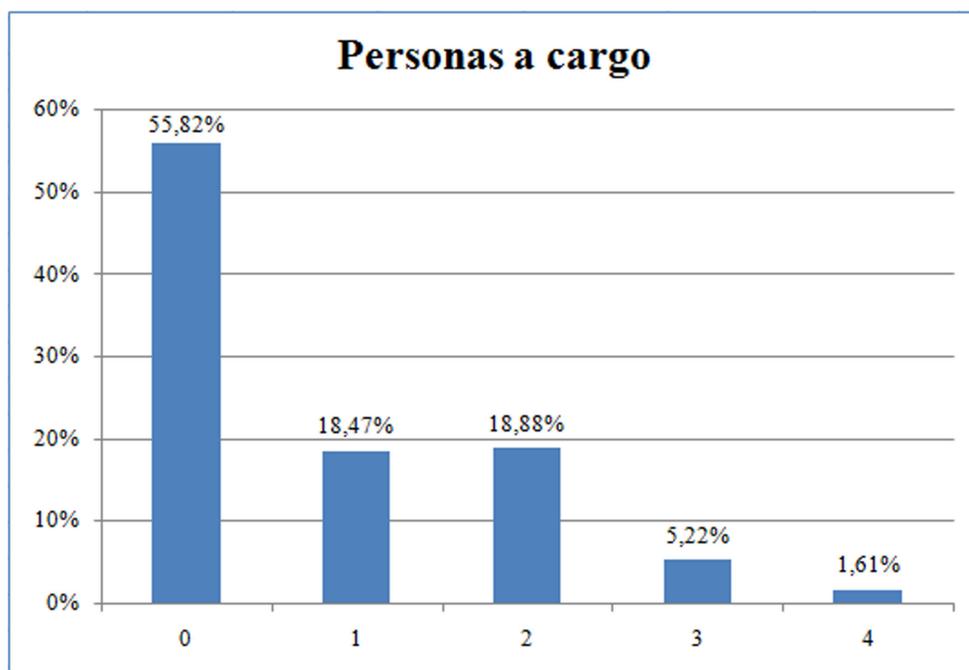


Gráfico 6. Distribución de la característica “Nivel académico” de los participantes de la fase de pilotaje

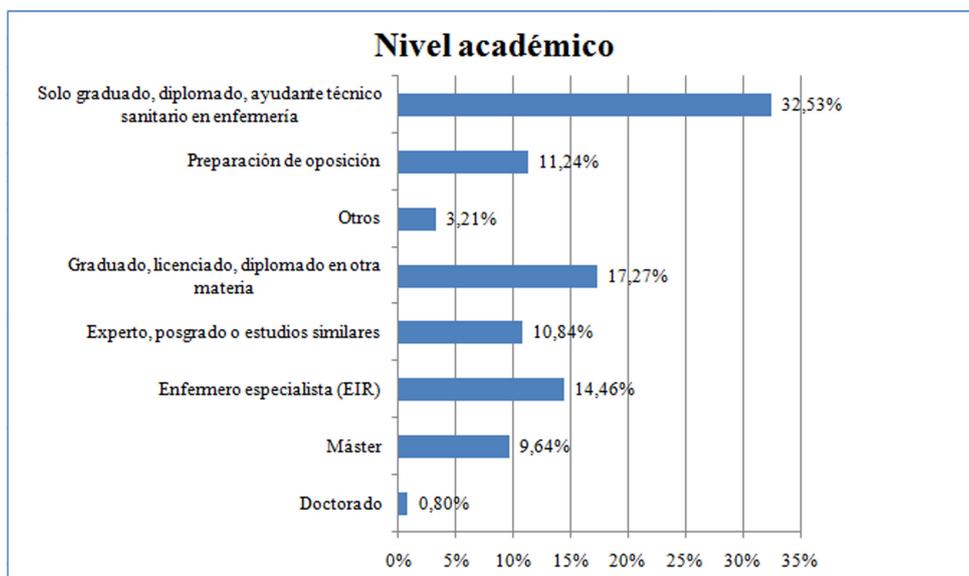


Gráfico 7. Distribución de la característica “Años en ejercicio profesional” de los participantes de la fase de pilotaje

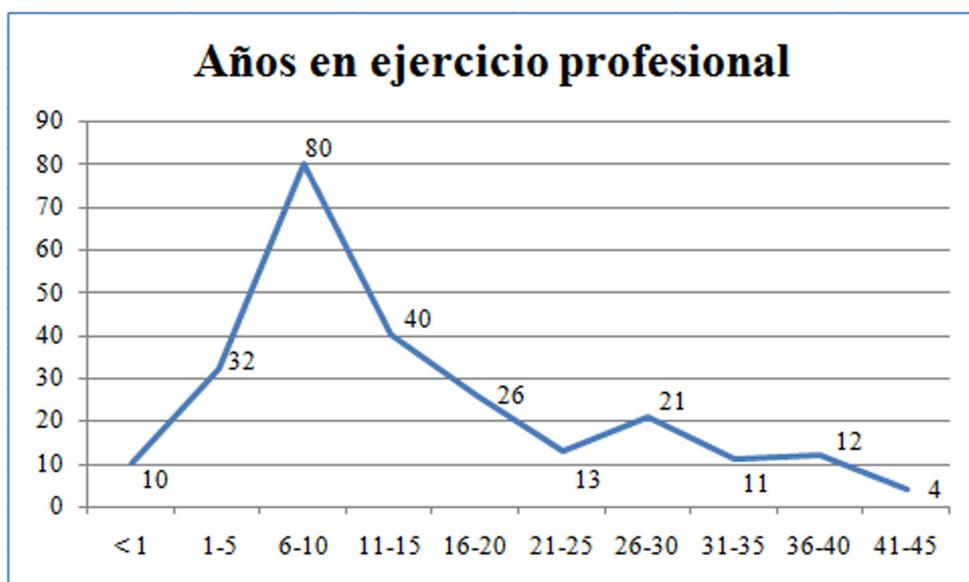


Gráfico 8. Distribución de la característica “Puesto actual” de los participantes de la fase de pilotaje

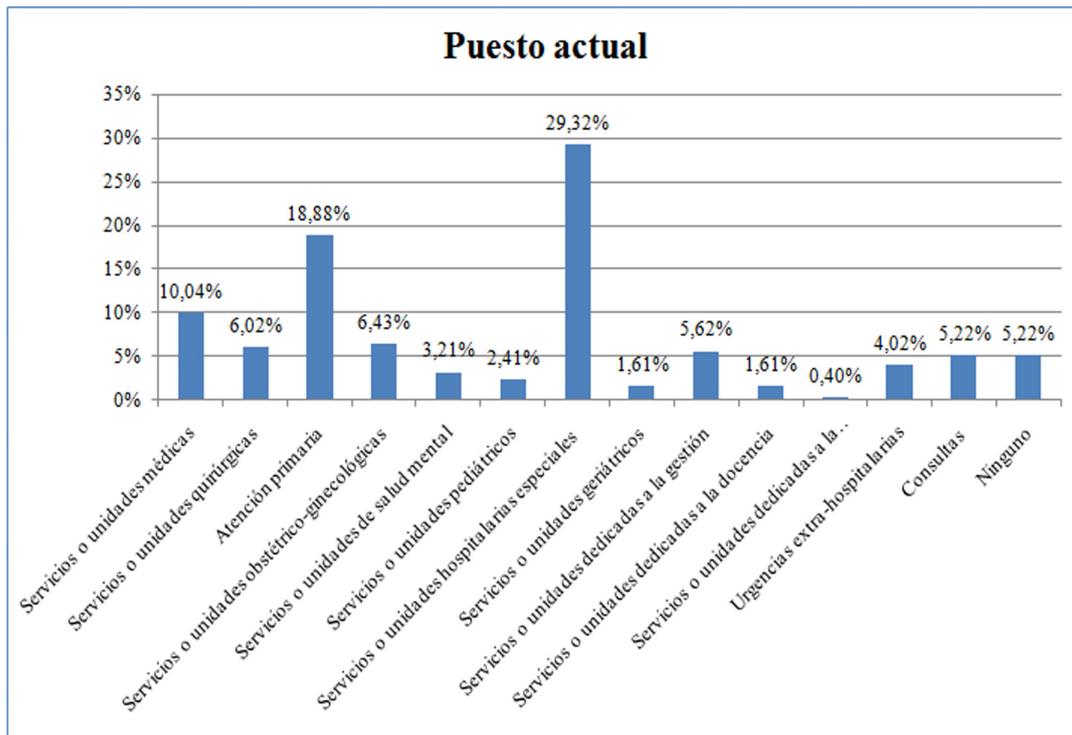


Gráfico 9. Distribución de la característica “Años en el puesto actual” de los participantes de la fase de pilotaje

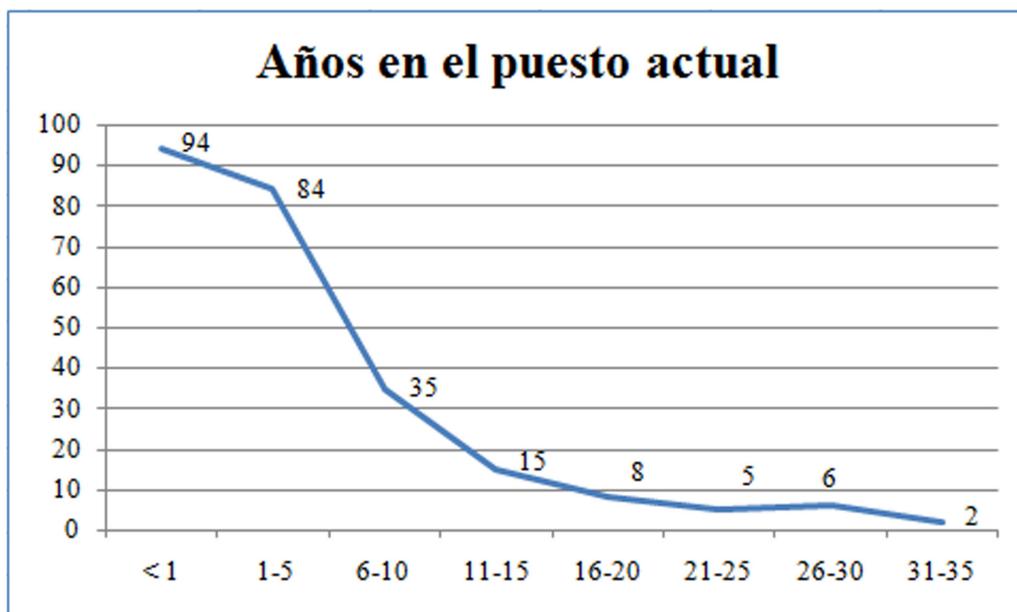


Gráfico 10. Distribución de la característica “Función principal” de los participantes de la fase de pilotaje

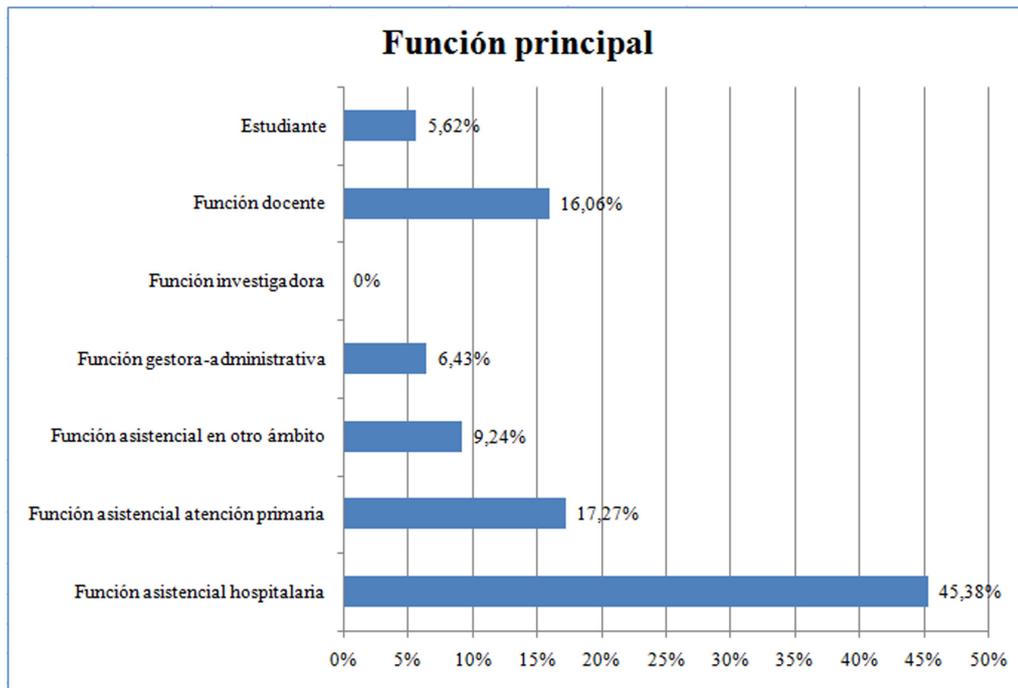


Gráfico 11. Distribución de la característica “Relación contractual con el Servicio Aragonés de Salud (SALUD)” de los participantes de la fase de pilotaje

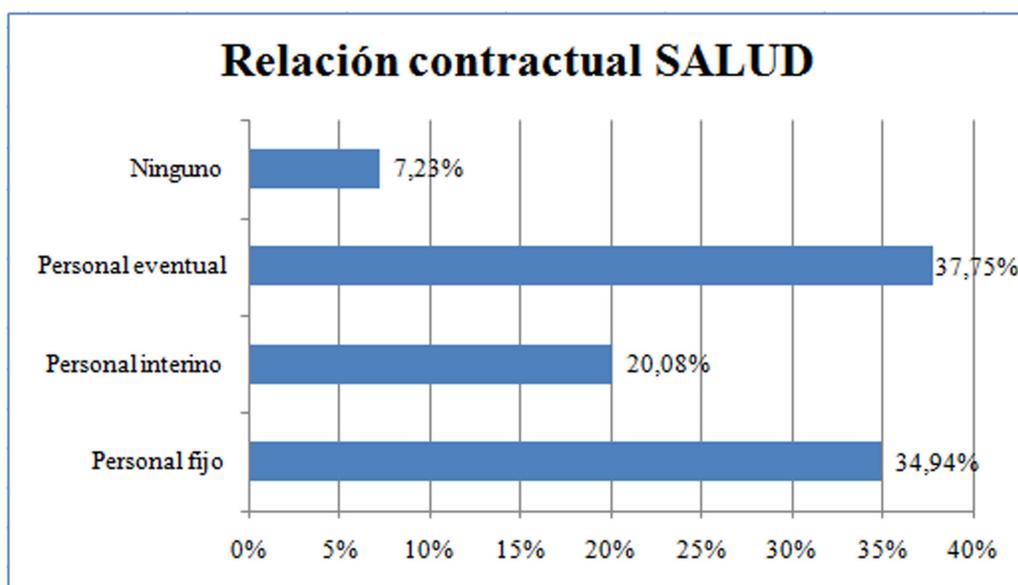
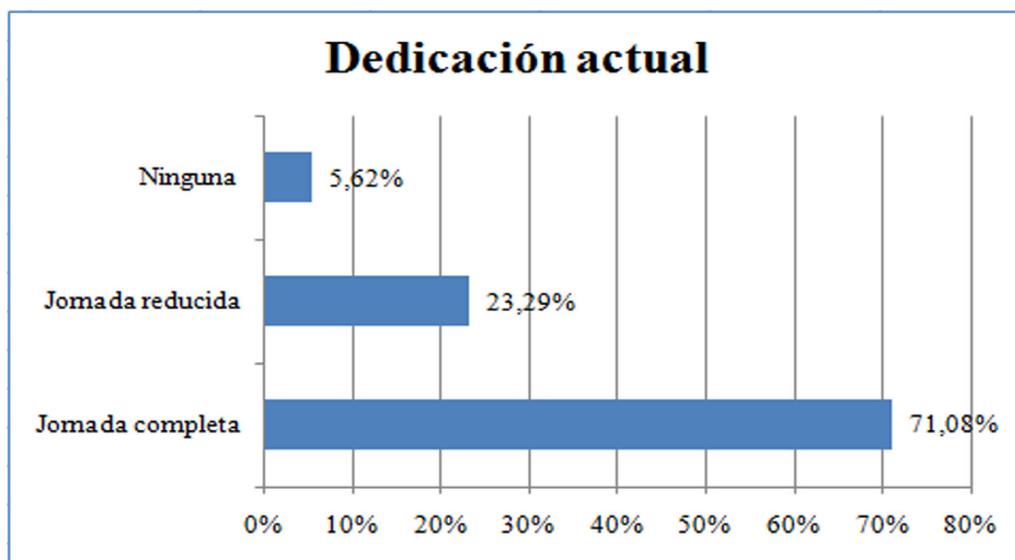


Gráfico 12. Distribución de la característica “Dedicación actual” de los participantes de la fase de pilotaje



Para comprobar la validez de constructo, se realizó un análisis factorial confirmatorio para corroborar las dimensiones del instrumento, y analizar la distribución de los ítems dentro de cada dimensión. El índice de Kaiser Meyer y Olkin (KMO), como se observa en la Tabla 17 fue de 0,8677, lo cual es un buen valor y hace adecuado el uso de esta técnica multivariante. La tabla también muestra los KMO de cada uno de los ítems. Además, se examinó la matriz de correlaciones mediante el test de esfericidad de Bartlett, donde el p-valor asociado fue $<0,001$, lo que confirma el uso de esta técnica. Se seleccionaron 4 dimensiones como solución al análisis factorial, debido a la construcción de la escala original, la cual explicó un 75,87% de la varianza del modelo (valor alto). En la Tabla 18, se muestra la varianza de cada uno de los factores, así como su valor acumulado.

Tabla 17. Índice de Kaiser Meyer y Olkin (KMO) de cada ítem, fase de pilotaje

Índice de Kaiser Meyer y Olkin (KMO)							
Dimensión I		Dimensión II		Dimensión III		Dimensión IV	
Ítem 1.1.	0,6333	Ítem 2.1.	0,8818	Ítem 3.1.	0,8774	Ítem 4.1.	0,8709
Ítem 1.2.	0,6894	Ítem 2.2.	0,7846	Ítem 3.2.	0,7454	Ítem 4.2.	0,7044
Ítem 1.3.	0,5017	Ítem 2.3.	0,8723	Ítem 3.3.	0,6010	Ítem 4.3.	0,9290
Ítem 1.4.	0,8462	Ítem 2.4.	0,8768	Ítem 3.4.	0,7017	Ítem 4.4.	0,8003
Ítem 1.5.	0,7952	Ítem 2.5.	0,8476	Ítem 3.5.	0,9076	Ítem 4.5.	0,8872
Ítem 1.6.	0,8205	Ítem 2.6.	0,8873	Ítem 3.6.	0,9234	Ítem 4.6.	0,7438
Ítem 1.7.	0,8497	Ítem 2.7.	0,8151	Ítem 3.7.	0,8617	Ítem 4.7.	0,8922
Ítem 1.8.	0,8474	Ítem 2.8.	0,9323	Ítem 3.8.	0,9173	Ítem 4.8.	0,8266
Ítem 1.9.	0,9274	Ítem 2.9.	0,9007			Ítem 4.9.	0,8597
Ítem 1.10.	0,8716	Ítem 2.10.	0,8947			Ítem 4.10.	0,9109
Ítem 1.11.	0,8897					Ítem 4.11.	0,9028
Ítem 1.12.	0,8931					Ítem 4.12.	0,8578
						Ítem 4.13.	0,8858
						Ítem 4.14.	0,8620
						Ítem 4.15.	0,8886
						Ítem 4.16.	0,8843
						Ítem 4.17.	0,8589
						Ítem 4.18.	0,9343
						Ítem 4.19.	0,9215
TOTAL							0,8677

Tabla 18. Varianza por factor y valor acumulado de los factores, fase de pilotaje

Varianza por factor y valor acumulado de los factores		
Factor	Varianza explicada	Varianza acumulada en
Factor 1	0,4986	0,4986
Factor 2	0,1498	0,6484
Factor 3	0,0620	0,7108
Factor 4	0,0483	0,7587

En la Tabla 19 se muestra la distribución de los ítems dentro de cada factor y las correlaciones de los ítems con cada factor, omitiendo las correlaciones más bajas. Se observa que el factor 1, correspondiente a preguntas relacionadas con el comportamiento del profesional hacia el paciente (Dimensión I), explicaba un 49,86% del modelo, el factor 2, correspondiente al comportamiento del profesional hacia la sociedad (Dimensión III), explicaba un 14,98%, el factor 3 correspondiente al comportamiento del profesional hacia sí mismo (Dimensión IV), explicaba un 6,2% y el factor 4 correspondiente al comportamiento del profesional hacia otros profesionales (Dimensión II), explicaba un 4,83%.

Tabla 19. Matriz de cargas factoriales, fase de pilotaje

Matriz cargas factoriales							
Dimensión I	Factor 1	Dimensión III	Factor 2	Dimensión IV	Factor 3	Dimensión II	Factor 4
Ítem 1.1.	0,2103	Ítem 3.1.	0,4631	Ítem 4.1.	0,5345	Ítem 2.1.	0,4614
Ítem 1.2.	0,2624	Ítem 3.2.	0,3421	Ítem 4.2.	0,2372	Ítem 2.2.	0,3123
Ítem 1.3.	0,3078	Ítem 3.3.	0,1943	Ítem 4.3.	0,5286	Ítem 2.3.	0,5117
Ítem 1.4.	0,3699	Ítem 3.4.	0,2306	Ítem 4.4.	0,3684	Ítem 2.4.	0,5077
Ítem 1.5.	0,3094	Ítem 3.5.	0,5458	Ítem 4.5.	0,5439	Ítem 2.5.	0,4304
Ítem 1.6.	0,4021	Ítem 3.6.	0,6577	Ítem 4.6.	0,3114	Ítem 2.6.	0,5431
Ítem 1.7.	0,3349	Ítem 3.7.	0,4947	Ítem 4.7.	0,4917	Ítem 2.7.	0,3758
Ítem 1.8.	0,3738	Ítem 3.8.	0,5531	Ítem 4.8.	0,3853	Ítem 2.8.	0,6354
Ítem 1.9.	0,5411			Ítem 4.9.	0,5716	Ítem 2.9.	0,5142
Ítem 1.10.	0,4662			Ítem 4.10.	0,5454	Ítem 2.10.	0,5610
Ítem 1.11.	0,5179			Ítem 4.11.	0,5334		
Ítem 1.12.	0,4357			Ítem 4.12.	0,4188		
				Ítem 4.13.	0,5171		
				Ítem 4.14.	0,5261		
				Ítem 4.15.	0,6098		
				Ítem 4.16.	0,4893		
				Ítem 4.17.	0,4860		
				Ítem 4.18.	0,5730		
		Ítem 4.19.	0,4998				

Como se ha explicado, no fue posible valorar la validez de criterio, no obstante, se muestran las respuestas de los participantes a la pregunta: “¿Este cuestionario le ha invitado a la reflexión personal sobre el compromiso profesional en la profesión enfermera?”. La capacidad del instrumento para llevar a la reflexión sobre el compromiso profesional fue valorada como mucho por 23 (9,24%) participantes, como bastante por 184 (73,9%) participantes, como poco por 34 (13,65%) participantes, como nada por 1 (0,4%) participante y no lo pensaron 7 (2,81%) participantes.

En la Tabla 20, se muestran los valores obtenidos por el coeficiente alfa de Crombach, para analizar la consistencia interna u homogeneidad del instrumento, en cada una de las dimensiones obtenidas en el análisis factorial. Se pueden observar valores altos, que oscilan desde 0,7871 a 0,8580, lo que indica que cada uno de los factores derivados del análisis factorial, es consistente en el sentido de que los ítems que lo forman son estables.

Tabla 20. Coeficiente alfa de Crombach de cada dimensión, fase de pilotaje

Coeficiente alfa de Crombach	
Dimensión	Alpha de Crombach
Dimensión I	0,7871
Dimensión II	0,7635
Dimensión III	0,7694
Dimensión IV	0,8580

Para descubrir la fiabilidad test-retest, se analizaron datos emparejados de un total de 115 sujetos mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Todas las dimensiones obtuvieron el mismo patrón, los coeficientes resultaron estadísticamente significativos, las correlaciones positivas y sus valores medios-altos. Estos valores pueden consultarse en la Tabla 21 y permiten afirmar que existe una relación entre las respuestas independientemente del momento en el que se realice la escala, confirmando la estabilidad temporal.

Tabla 21. Coeficiente de correlación de Spearman de cada ítem, fase de pilotaje

Coeficiente de correlación de Spearman											
Dimensión I	Rho Spearman	p-valor	Dimensión II	Rho Spearman	p-valor	Dimensión III	Rho Spearman	p-valor	Dimensión IV	Rho Spearman	p-valor
Ítem 1.1.	0,4547	0,0000	Ítem 2.1.	0,2555	0,0059	Ítem 3.1.	0,5776	0,0000	Ítem 4.1.	0,3636	0,0000
Ítem 1.2.	0,2631	0,0045	Ítem 2.2.	0,3292	0,0003	Ítem 3.2.	0,4307	0,0000	Ítem 4.2.	0,3826	0,0000
Ítem 1.3.	0,5259	0,0000	Ítem 2.3.	0,3606	0,0001	Ítem 3.3.	0,3419	0,0000	Ítem 4.3.	0,4677	0,0000
Ítem 1.4.	0,2658	0,0041	Ítem 2.4.	0,4226	0,0000	Ítem 3.4.	0,3782	0,0000	Ítem 4.4.	0,5870	0,0000
Ítem 1.5.	0,3687	0,0000	Ítem 2.5.	0,6290	0,0000	Ítem 3.5.	0,2929	0,0015	Ítem 4.5.	0,5604	0,0000
Ítem 1.6.	0,3828	0,0000	Ítem 2.6.	0,5328	0,0000	Ítem 3.6.	0,4822	0,0000	Ítem 4.6.	0,5002	0,0000
Ítem 1.7.	0,6602	0,0000	Ítem 2.7.	0,5285	0,0000	Ítem 3.7.	0,5593	0,0000	Ítem 4.7.	0,4552	0,0000
Ítem 1.8.	0,3861	0,0000	Ítem 2.8.	0,4606	0,0000	Ítem 3.8.	0,3246	0,0000	Ítem 4.8.	0,5145	0,0000
Ítem 1.9.	0,5398	0,0000	Ítem 2.9.	0,4602	0,0000				Ítem 4.9.	0,3028	0,0010
Ítem 1.10.	0,4375	0,0000	Ítem 2.10.	0,4758	0,0000				Ítem 4.10.	0,4407	0,0000
Ítem 1.11.	0,4608	0,0000							Ítem 4.11.	0,3697	0,0000
Ítem 1.12.	0,4608	0,0000							Ítem 4.12.	0,6002	0,0000
									Ítem 4.13.	0,4382	0,0000
									Ítem 4.14.	0,3800	0,0000
									Ítem 4.15.	0,4436	0,0000
									Ítem 4.16.	0,3355	0,0000
									Ítem 4.17.	0,4924	0,0000
									Ítem 4.18.	0,3650	0,0000
									Ítem 4.19.	0,4874	0,0000

En cuanto a la utilidad:

- La percepción del tiempo de cumplimentación obtuvo una mediana de 10 minutos y una media de 11 minutos con 45 segundos.
- El formato de respuesta cerrada en una escala autoadministrada, facilitó su aplicación al estandarizar las condiciones de administración y limitó los posibles sesgos en cuanto a los evaluadores.
- El pilotaje sobre una muestra de profesionales de enfermería, demostró que esta condición sería un requisito indispensable para su aplicación.
- El uso de una plataforma electrónica que permitió la cumplimentación de manera intuitiva, sin necesidad de entrenamiento previo de los participantes, garantizó la facilidad de aplicación.
- Los resultados de la pregunta ad hoc, demostró la gran utilidad del instrumento.

7. Discusión

7.1. Resultados principales y comparación con la bibliografía

7.1.1. Revisión bibliográfica en profundidad

A la luz de los resultados obtenidos por esta investigación, se puede concluir que existe un interés creciente por aclarar la definición del constructo, su cuantificación y estudio sobre metodologías educativas, para fomentarlo en el ámbito de la enfermería, circunstancia que ya vaticinaron Ginsburg et al. (2000), destacando la importancia que, para el futuro, tendría su definición y evaluación. De hecho se encontró que el 49% de los trabajos analizados en la revisión en profundidad estaban publicados en revistas de prestigio pertenecientes al primer cuartil (Q1).

Ha sido necesario el uso de un elevado número de términos en la búsqueda para lograr los objetivos propuestos por el presente trabajo. Si bien parece ser que los descriptores más adecuados para la búsqueda de la noción “compromiso profesional en enfermería” en el momento actual, son “*Professionalism*” y “*Commitment*” acompañados de “*Nursing/Nurse/Nurses*”. El término “*Engagement*”, se ha incorporado más recientemente y parece oportuno valorar su evolución en el ámbito de la enfermería en los próximos años.

Todos los originales incluidos en la revisión contaban con suficiente rigor metodológico. La gran mayoría de documentos analizados eran de gran calidad y centrados en el tema objeto. Quizás, esto se debe a la gran cantidad de material desechado en distintas fases, de manera secuencial, que no estaban relacionados directamente con el objetivo de la presente investigación.

Dado que la presente revisión iba dirigida a estudiar el concepto en la profesión enfermera, puede llamar la atención la inclusión en la revisión de artículos que hacen referencia al tema en el ámbito clínico médico. Una opción hubiera sido descartarlos, sin embargo, se objetivó que en ellos se aclaraban buena parte de las dimensiones del constructo compromiso profesional aplicables a la profesión enfermera, ya que el estudio del concepto en esta profesión es reciente. Además, los artículos del ámbito médico ayudaron en gran medida, a comprender mejor la escala a adaptar puesto que se trataba de trabajos utilizados para su construcción original.

Teniendo en cuenta la limitación idiomática de la búsqueda, se ha encontrado que el 40% de los trabajos analizados se llevaron a cabo en los Estados Unidos de América, donde se está estudiando el concepto en profundidad. Pese a la demostración de la influencia del concepto en el aumento de la calidad de los cuidados, la razón fundamental de este creciente interés, es la preocupación por el abandono de la profesión y escasez de enfermeros en ciertos países. Pocos estudios se encontraron procedentes del área mediterránea; concretamente en el ámbito español solo fueron de interés dos trabajos. Curiosamente, estas investigaciones no hacían referencia explícita a dichas preocupaciones. Parece ser, que esta situación no ocurre o preocupa por ahora en el ámbito español, quizás debido a las características del trabajo de los profesionales enfermeros en España, y la precaria situación laboral de los últimos años. Dichos estudios estaban más preocupados por la influencia del concepto sobre situaciones de *burnout*, estrés y rendimiento laboral. En concreto la investigación de Garrosa, Moreno, Rodríguez & Rodríguez (2011), examinó la influencia del estrés, los recursos personales, el *burnout* y el *engagement* en el trabajo y, por otro lado, el trabajo de Jenaro et al. (2011) analizó la asociación entre características individuales, características del trabajo y el *engagement*.

Debido quizás, a esta reciente aparición en la literatura, y pese a la identificación y definición de actitudes y valores que componen el compromiso profesional, como el altruismo, la responsabilidad, la excelencia, el sentido del deber, el honor, la integridad y el respeto, la enfermería no ha sido capaz de acabar con la ambigüedad del constructo otorgándole una definición concreta y operativa, ni ha sido capaz de construir instrumentos definitivos y universales.

Se debe destacar el gran número de referencias encontradas, el 57% de los trabajos analizados, en las cuales se aborda el concepto de compromiso profesional en enfermería desde la esfera cuantitativa. Parece ser que, en la actualidad, ha aumentado el interés en conseguir métodos o instrumentos que sean capaces de medir el compromiso profesional en enfermería, al fin y al cabo, es importante trasladar el conocimiento teórico a la esfera práctica y diaria de los profesionales, que en este caso, se traduce en comportamientos. En el 56% de las investigaciones destaca la alta atención hacia los conceptos de validez y fiabilidad, y la atención expresa hacia alguna de las dimensiones o elementos del concepto u otros factores relacionados directamente con el mismo, dependiendo de la finalidad de la investigación: descubrir la satisfacción laboral, la implicación con la organización, las razones de abandono

o rotación de personal, factores estresantes, etc. Se consideran relevantes los instrumentos desarrollados por Allen & Meyer, referentes al Affective Commitment and Organisational Commitment (1990) y Turnover Intention Scale (1993); Utrecht Work Engagement Scale (2002), Utrecht Work Enthusiasm Scale (2003) y Employee Engagement (2003) desarrolladas por los investigadores Schaufeli & Bakker; Job Involvement Questionnaire (1982) desarrollada por Kanungo; The Career Commitment Scale Developed (1985, 1988) y Occupational commitment (1988) desarrolladas por Blau; Emotional Competence Scale (2005), Nursing Burnout Scale (2008), The Hardy Personality Scale (2008) por Garrosa et al.; y otras como Mueller Satisfaction Scale (1990) de Mueller & McCloskey; Group Commitment (1998) de Ellemers et al.; Wellbeing Scale (2011) de Brunetto, et al. y Nursing Work Index-Revised (2000) de Aiken & Patrician. Sin embargo, pocas fueron diseñadas para permitir estudios sobre el constructo de una manera global y longitudinal.

Otros autores, previenen sobre la idea de tomar el concepto de compromiso profesional como un ideal, lo que daría lugar a agotamiento (Fochtman, 2004), por lo que creen imprescindible que el nivel de compromiso, pueda monitorizarse de manera longitudinal más que su cuantificación en una escala numérica de manera transversal (Lynch, Surdyk & Eiser, 2004) Estos autores insisten en la evaluación de comportamientos concretos, y no de la idea abstracta del concepto, aunque esta pueda influenciar la toma de decisiones (Fochtman, 2004). De hecho, la mayoría de los estudios que analiza esta revisión, sugieren que la medición de herramientas enfocadas a comportamientos profesionales, como expresiones de conflictos de valores, producirá instrumentos más fiables y válidos (Ghadirian, et al., 2014; Ginsburg, et al., 2000; Jafaraghaee, et al., 2014).

Otra razón que se describe para la falta de éxito hasta el momento, en la construcción de métodos de cuantificación, es la dificultad que entraña para los evaluadores, identificar a un individuo como poco profesional, para las acciones o comportamientos que parecen ser relativamente menores. Y otra, como sugiere Lynch et al. (2004), es la baja probabilidad de que una única evaluación sea adecuada, debido a que se parte de una construcción ya de por si compleja. Es por ello, que debe trabajarse, como lo ha hecho esta investigación, sobre herramientas o métodos de evaluación por pares y/o autoevaluación (Ginsburg, et al., 2000).

La búsqueda de herramientas para su medición, tiene como finalidad por otro lado promover y promocionar el compromiso profesional. En la actualidad, la evaluación de la efectividad de dichos métodos (Van De Camp, et al., 2006), ha pasado a ser un objetivo explícito en la formación tanto de profesionales como de estudiantes. Como bien apunta Arnold (2002), únicamente a través de la evaluación, se puede determinar el éxito de los programas de promoción de la profesionalidad. De hecho, un buen número de originales que abordaban temas relacionados con métodos de enseñanza, describieron algunos de los métodos utilizados para la evaluación de su efectividad, aun insistiendo en que la enseñanza del concepto debe hacerse de manera tácita a través del llamado currículum oculto (Stern, 1998; Surdyk, 2003). Esta necesidad de evaluación, de este especial aprendizaje, ya la apuntaron en su revisión Ginsburg et al. (2000), comparando la relativa facilidad en la evaluación de los conocimientos y las habilidades, por medio de rigurosos exámenes escritos y orales, con la evaluación de comportamientos, que era a menudo implícita, asistemática y advirtiendo que por ello podría llegar a ser insuficiente.

Los trabajos donde no se usaron herramientas de evaluación, fueron y son de gran ayuda para comprender los aspectos que engloba el concepto, así como su relevancia y métodos para implementar la cultura del profesionalismo debido al uso de diseños como la discusión teórica.

Estos hallazgos, sobre todo el de no encontrar un instrumento altamente esclarecedor, sugieren que la conceptualización de profesionalidad es dependiente directamente del contexto. En la bibliografía analizada, se reitera la idea de que se trata de un concepto cambiante, que debe reflejar en cada momento la cultura, el entorno donde la profesión se desarrolla y el contexto social (Arnold, Blank, Race & Cipparrone, 1998). Prueba de esta dependencia puede encontrarse en el estudio llevado a cabo por Ahmad & Oranye (2010), donde se buscaron diferencias motivacionales entre enfermeras malasias e inglesas, que trabajaban en un mismo ámbito, llegando a la conclusión final de que las políticas de gestión deben ser adaptadas culturalmente. Esta situación, no debe tomarse como una limitación para los futuros estudios, aunque se encuentren también en la bibliografía analizada posturas no mayoritarias, que ponen en duda la eficacia del estudio del concepto y la búsqueda de instrumentos fiables para su medición. Debido a esta razón y otras como el carácter multidimensional del concepto, la falta de consenso en su definición, la imposibilidad de

capturar todo lo que es importante en el complejo ámbito de la profesionalidad, la evolución cambiante de las ideas y la limitación en la validez y fiabilidad (Akhtar, et al., 2013; Lombarts, Plochg, Thompson, Arah & DUQuE Project Consortium, 2014; Lu, Meng & Liu, 1994), son imprescindibles investigaciones, como la presente, que estudien por separado, de manera específica en cada cultura y contexto, la definición del concepto y herramientas para monitorizarlo.

Estas son las razones por las que se decidió adaptar y mejorar un instrumento que incluyera situaciones concretas en sus ítems, como recomendaba la mayoría de la literatura consultada. Para ello es necesario, como se ha logrado en esta investigación, primero definir claramente las dimensiones del concepto en el contexto y los comportamientos concretos o conflictos de la vida diaria que ayuden, por un lado a comprender de forma más realista y práctica la conducta profesional y por otro, a construir herramientas para su monitorización (Arnold, et al., 2002; Van De Camp, et al., 2006).

Mediante la revisión en profundidad, se ha logrado llevar a cabo un análisis de concepto, que se centró exclusivamente en el constructo de compromiso profesional en el ámbito de la enfermería. Aunque en teoría el concepto es válido para todas las profesiones, en la de enfermería debe tener connotaciones específicas por su aspecto de servicio, y el trabajo constante con personas, en general, enfermas. Se ha logrado proponer una definición válida para el ámbito español, y se han identificado unos atributos propios, de la misma manera que se ha logrado diferenciar los factores asociados, factores que deberían ser estudiados en relación al concepto puesto que pueden influir en él, otorgándole variaciones socioculturales y temporales, pero que no deben ser considerados definitorios del mismo puesto que no dependen directamente del control del propio profesional.

Hasta la actualidad, los estudios e investigaciones se han centrado en la prevalencia o prevención del desgaste y el estrés (Keyko, 2014; Tsai, et al., 2014) y no, en alternativas positivistas de promoción del trabajo. En consecuencia, existen situaciones difícilmente identificadas, donde el profesional, debido a un bajo nivel de compromiso profesional, presta una atención de baja calidad, sin que esté llegue a padecer patologías reconocidas como el estrés o el síndrome del *burnout*. Es más que necesario el estudio de alternativas, que no dependan tanto de los recursos materiales sino del propio profesional, es decir, de su motivación individual. Investigaciones recientes están demostrado, que bajos niveles de

motivación intrínseca se asocian con niveles bajos de compromiso en el trabajo, y altos niveles de *burnout* (Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2015). Se deben fomentar modelos de compromiso que aboguen por aumentar la motivación personal en positivo, en lugar de recompensar los esfuerzos por medio de incentivos o de recompensas, que no son buenos métodos para resolver, por ejemplo, la falta de personal (Chang, 2015) o la elevada morbilidad psiquiátrica entre enfermeros gestores (Jenaro, et al., 2011). El estudio del compromiso profesional puede generar el uso de métodos alternativos y métodos de evaluación efectivos y eficaces, tanto para la prevención de enfermedades de los profesionales, como para el aumento de la calidad de los cuidados. Para ello es fundamental fomentar, como apunta Jenaro et al. (2011), líneas de investigación comunes pero en diferentes contextos y circunstancias, que puedan identificar los elementos del concepto universales y sus variaciones, incluyendo los diferentes roles de la profesión (función asistencial, docente, investigadora y administrativa o gestora).

Finalmente, parece ser que el estudio de este concepto llevará a encontrar nuevos recursos que aumenten la calidad en la atención, aunque este logro dependa en gran parte del contexto institucional. Existen grandes diferencias entre personas, que van motivadas a desarrollar su labor asistencial y contribuyen al trabajo en equipo y los que van para hacer solo un trabajo (Lees, 2009; Letelier & Velandia, 2010a). Esta falta de motivación intrínseca, se refleja bien en el trabajo llevado a cabo por Manojlovich (2010), donde se destaca la opinión de Shorr sobre el comportamiento de muchos enfermeros descrito como “mecánico”, refiriéndose a que solo por el control de la organización y división del trabajo, se hace imposible realizarlo con independencia de criterio y pensando. Así sin autoridad para tomar decisiones, los profesionales enfermeros no son capaces de trabajar de manera compatible con las normas profesionales. Es por ello necesario, que las organizaciones centren sus esfuerzos en comprender qué elementos son relevantes para aumentar dicho compromiso, teniendo en cuenta las necesidades de la profesión. Es imprescindible para ello el fomento de la formación, la cultura, los valores y las creencias individuales (Akhtar, et al., 2013).

7.1.2. Constructo y validación del instrumento

La traducción retrotraducción es un método válido y fiable para la adaptación de escalas a otro idioma y contexto. Se trata de un proceso estructurado y laborioso, que crea

un instrumento igual que el original pero adaptado a la cultura de destino, en este caso la española. En realidad, lo realizado ha sido la construcción de una nueva escala, basada en la original dirigida a médicos de familia holandeses, semejante a la misma pero adaptada, no solo al entorno y cultura española, sino también al ámbito de la profesión enfermera.

Para cumplir con el objetivo principal, tras el proceso de retrotraducción, fue necesario prescindir de 4 ítems debido a su relación exclusiva con la profesión médica en el ámbito sanitario español, y fueron necesarios pequeños cambios en lo que respecta a la naturalidad de las expresiones en castellano. Tras la valoración de los expertos consultados en el proceso de *debriefing* se prescindió, de manera secuencial y atendiendo a las reglas preestablecidas, de 46 ítems más. Tras ello, se unificaron algunos ítems debido a su similar significado, resultando una versión del instrumento de 49 ítems apta para la comprobación de sus propiedades métricas. Tanto la metodología llevada a cabo, como los resultados obtenidos para este instrumento en concreto, pueden servir como punto de partida para otros procesos de traducción similares.

El procedimiento por etapas, la evaluación individual de cada ítem y el rigor metodológico, han permitido reducir de manera significativa el número de ítems (de 106 a 49), sin perder la validez del instrumento, lo que se cree facilitará su utilización en la práctica. La herramienta en cuestión, ha sido validada en profesionales de enfermería, requisito indispensable para su aplicación. Se trata de una herramienta de fácil aplicabilidad, debido a que el tiempo medio empleado para la cumplimentación puede considerarse óptimo para evitar la tasa de no respuesta, y calificación, debido a su reducido número de ítems y sus opciones de respuesta cerrada. El método usado para la administración, plataforma electrónica, estandarizó las condiciones y facilitó la cumplimentación de manera intuitiva, por lo que no hizo falta entrenamiento previo de los participantes. Debido a que se trata de una escala autoadministrada se limitaron al máximo los posibles sesgos relacionados con evaluadores externos, aunque para su uso posterior, puede ser cumplimentado por terceras personas que conozcan al sujeto en el ámbito profesional. Además, con los resultados a la pregunta ad hoc, se comprobó la gran utilidad subjetiva de la escala.

Además, como paso intermedio para lograr el objetivo principal de esta investigación, se ha logrado una versión en español de la Escala *Nijmegen* de profesionalismo, apta para su validación entre médicos de familia (tutores y residentes), a tener en cuenta por este grupo

de profesionales.

Es importante comparar los resultados obtenidos con los obtenidos por la escala original (Gaité, et al., 1997; Muñiz, et al., 2013). En cuanto a la equivalencia con ésta, puede decirse que son conceptualmente equivalentes debido a las comprobaciones llevadas a cabo. En el estudio de validez realizado por Tomp et al. (2010), al igual que en el presente trabajo, se recogieron los datos a lo largo de un trimestre, se valoraron los dominios por separado para valorar la validez de constructo, y los valores de alfa de Cronbach de la escala original (0,78 a 0,95) fueron similares a los de la escala adaptada para la enfermería española (0,78 a 0,85). En su trabajo, al igual que en la presente investigación, no se pretendió describir los resultados de profesionalidad o compromiso obtenidos, ni tampoco se llevó a cabo su interpretación.

No obstante, se pueden encontrar algunas diferencias en el proceso, comenzando por el objetivo de los autores de la escala original: construir un instrumento cuya finalidad fuera prácticamente formativa (definir el punto de partida y la mejora o retroceso en las diferentes dimensiones del compromiso profesional, durante la residencia y después de la misma). Esta circunstancia no se produce en el presente estudio debido, sobre todo, al vacío bibliográfico existente en España, que obliga a contemplar dicha finalidad formativa como uno de los múltiples usos del instrumento elaborado. Así, en este caso, se consideró más adecuado realizar todo el proceso con una muestra heterogénea de participantes de enfermería con diferentes perfiles, desde estudiantes a gestores, pasando por profesionales de enfermería asistenciales, investigadores y docentes, para que no quedase relegado ningún uso de la escala, cuya finalidad es inicialmente descriptiva, si bien permitiría un seguimiento longitudinal sobre todo en el caso de plantear su uso como herramienta de evaluación docente.

En el proceso de validación en el ámbito de la enfermería española, se llegó a contar con más del doble de participantes -diversos, como en la población de referencia- que en el proceso original, en donde participaron 116 tutores y residentes de medicina de familia. En el proceso de validación de la escala original, que contaba con la fortaleza de tener valores observados de comportamiento, medidos por los distintos ítems provenientes de dos participantes (tutor y residente), y de la valoración de la utilidad de la escala para fines docentes, no fue posible llevar a cabo el análisis factorial confirmatorio, que sí ha podido realizarse en este estudio, debido a la ventaja de partir de una escala de 4 dominios definidos.

Por último, hay que destacar que los autores originales, dejan patentes sus dudas con respecto a la factibilidad del instrumento a gran escala, debido al elevado número de preguntas y la formación previa necesaria para la cumplimentación de la escala, que en este caso se considera mejorada mediante la reducción del número de ítems y el uso de la plataforma electrónica.

Los resultados del proceso de validación muestran que, se ha obtenido una herramienta válida y fiable para evaluar el compromiso profesional en la enfermería española, aunque no se haya podido comprobar la validez de criterio, por no contar con otro instrumento que permitiera evaluar el compromiso, a modo de patrón oro. Este instrumento permitirá obtener valores numéricos sobre el compromiso profesional e información descriptiva para conocer el grado de compromiso de un profesional en un momento dado, pudiendo realizar distintas mediciones en diferentes situaciones a lo largo de su vida profesional y personal, permitiendo su evaluación de manera sistemática y longitudinal.

En definitiva, se ha creado un instrumento de fácil aplicabilidad y medición, que además podrá ser completado de manera personal (autoevaluación), o como medio para la valoración del compromiso profesional por terceros.

Sería interesante, considerar su aplicación en una muestra aleatoria de enfermeros españoles, la exploración de su validez en cuanto al uso por parte de tutores o evaluadores con fines formativos o su difusión a otros contextos de habla hispana para conocer sus propiedades métricas. De la misma manera, su posible estudio junto con otros factores que puedan estar relacionados y que logren identificar profesionales más o menos comprometidos, así como estudios longitudinales, estudios de antes y después, etc., lo que permitiría confirmar de nuevo la validez (utilidad para lo que pretende servir) de dicho instrumento.

7.2. Interpretabilidad de los resultados obtenidos mediante el uso de la Escala de Valoración Española del Compromiso Profesional en Enfermería (EVECPE)

Definitivamente el procedimiento de adaptación, ha logrado un instrumento con valores altos de validez y confiabilidad y ha identificado por medio del análisis factorial, distintas subescalas o dominios. Es necesario recordar, llegados a este punto, que dichos dominios están dirigidos a medir en conjunto un solo constructo, esto quiere decir que ni los dominios ni los ítems pueden funcionar como escalas o subescalas de manera independiente. Así pues,

la escala, debe ser interpretada siempre como un mismo conjunto, no obstante la concreción de las afirmaciones (ítems), el uso de un mismo formato y la misma categoría de respuesta (tipo Likert de frecuencia), permiten interpretar claramente y diferenciar los campos de mejora, vistos los resultados obtenidos.

Debido a que la direccionalidad de los ítems es la misma en todo el instrumento, y todos tienen la misma ponderación para la representación del constructo, puede deducirse que las puntuaciones bajas se relacionarán con bajos niveles de compromiso profesional y viceversa. No obstante, en este caso, debido a la complejidad del constructo en sí, la interpretabilidad de la escala no puede realizarse con la mera suma de las puntuaciones obtenidas por los participantes. No se puede hablar entonces de valores o puntuaciones totales mínimas o máximas, y establecer entonces grados de compromiso profesional en enfermería. No por ello este instrumento tiene menos valor diagnóstico, entendiendo éste como indicador absoluto, simplemente se deben interpretar los resultados de manera individual atendiendo al caso y el contexto. Por ejemplo, dos personas pueden obtener el mismo resultado en la suma de la puntuación total, pero no por ello se puede concluir que tengan el mismo compromiso profesional, sus resultados pueden variar dependiendo de los ítems contestados con menos puntuación. Es por ello que la gran ventaja en la interpretabilidad de esta escala, es la facilidad para distinguir el área (dominio) o comportamiento (ítem) a mejorar, tanto por la propia persona en el caso de ser autoadministrada, como por un tercero.

En futuras investigaciones, se puede valorar el uso de un modelo de normas cuando el instrumento sea utilizado en un grupo concreto de enfermeros y en un contexto común. En este caso, la interpretación se basaría en la posición relativa con respecto a los demás de las puntuaciones finales, estandarizando el índice bruto mediante el cálculo del promedio de las puntuaciones de los participantes, o incluso tras varias experiencias con el instrumento, se pueda llegar a decidir interpretar la escala mediante un modelo de interpretación de criterios, que requiere establecer unos parámetros de interpretación absolutos dependientes de la suma total de puntuaciones (Montero, 2008).

Como se ha explicado, la escala ha demostrado tener una gran capacidad para la reflexión y evaluación personal sobre el compromiso profesional, lo que ya es relevante por sí mismo. Pero además, este instrumento permitirá describir y medir el compromiso profesional en un momento dado, ver la evolución en el tiempo en su uso longitudinal, concretar acciones

para mejorar o aumentar el compromiso y relacionar los resultados con distintas variables clínicas, organizacionales, etc.

7.3. Sesgos y limitaciones

7.3.1. Revisión bibliográfica en profundidad

Los originales en inglés, tienen mayor posibilidad de publicarse, recuperarse y ser citados en comparación con los trabajos que utilizan otro idioma. Esto no significa necesariamente que tengan mayor calidad o sean mejores, por lo que se debe considerar como limitación en este trabajo, en cuanto a que solo se seleccionaron aquellos originales que usaban dicha lengua o el castellano. De hecho, se perdieron varios documentos escritos en coreano que fueron de gran interés en el análisis preliminar.

Por otra parte, se limitó el año de publicación (últimos 5 años) por la importancia de la comprensión del concepto en la actualidad. No obstante, se recuperaron documentos extraídos de las referencias principales, que completaron la comprensión de la evolución del concepto en las últimas dos décadas (1994-2007).

En cuanto a la selección de los originales, se expusieron todos los trabajos que cumplían los criterios de selección definidos para que no hubiera diferencias subjetivas en el peso de los estudios, procurando limitar el sesgo de selección. Además, debido a la ambigüedad del tema, en la revisión, se consultaron diversas bases de datos y se usó un número considerable de descriptores de búsqueda. Otra fortaleza de esta revisión en profundidad que contrarresta sus limitaciones, es que para la recopilación, se utilizaron distintas estrategias de búsqueda y criterios de calidad explícitamente definidos.

7.3.2. Constructo y validación del instrumento

Las diferencias entre los distintos perfiles del panel de expertos pueden interpretarse como una falta de homogeneidad. Sin embargo, todos tenían en común estar dentro de la población objeto, y su heterogeneidad en cuanto a sus funciones y nivel de estudio, fortalece el proceso al permitir que el instrumento sea usado para todo tipo de profesionales enfermeros, incluyendo estudiantes.

La literatura nombra como inconveniente principal del empleo de traductores, la posibilidad de obtener una versión solo válida para un nivel sociocultural alto (Gaité, et al., 1997). En este caso, esta posibilidad fortalece el instrumento debido a que con ello aumenta su especificidad para la población a la que se dirigirá su uso, que lógicamente posee estudios superiores especializados.

Por otro lado, como fortaleza, para evitar sesgos en la fase de retrotraducción se contó con dos traductores profesionales que retrotradujeron el instrumento de manera independiente y ciega.

La posible aparición de sesgos de selección en la fase de pilotaje, como el sesgo de omisión, inclusión, pertenencia, etc., debido al método oportunista de reclutamiento de participantes, se evitó al máximo definiendo claramente los criterios de selección de los informantes clave, y evitando que el investigador principal propusiera ningún participante.

Con el objetivo de evitar posibles errores de medición, se estandarizaron al máximo las condiciones de aplicación, mediante el uso de una plataforma electrónica, que salvaguardara el anonimato y unificase las instrucciones para garantizar la igualdad de condiciones de cumplimentación.

Para evitar sesgos en la fase de comprobación de la reproductibilidad intrasujeto, no se informó a los participantes de que deberían volver a cumplimentar el mismo instrumento pasado un tiempo. Por otra parte, el investigador principal únicamente codificó los datos personales reconocibles y cedidos voluntariamente, para poder emparejar los datos.

Por último, debido al propio diseño de esta investigación, al tema estudiado y el modo de selección de los participantes, podría aparecer un sesgo de no respuesta o efecto voluntario, que en este caso se daría bien por interés o motivación por participar en la investigación, o contrariamente por la negativa a participar. No obstante, se debe recordar que el objetivo de este trabajo, no ha sido otro que definir las dimensiones que constituyen el constructo de compromiso profesional en enfermería y construir un instrumento que permita conocerlo. Es por ello, que las respuestas aportadas por los informantes clave, sirvieron exclusivamente para validar el instrumento y no se utilizaron para describir el nivel o valores de compromiso profesional. Así pues, en investigaciones posteriores, se podría valorar la posibilidad de usar el instrumento tomando una muestra representativa de la población objeto de estudio, previo

cálculo del tamaño muestral y aplicación de una adecuada estrategia de muestreo.

7.4. Aportaciones y líneas de investigación futuras

La revisión en profundidad llevada a cabo así como el análisis de concepto, pueden ayudar a crear o mejorar las definiciones e instrumentos de evaluación del compromiso profesional en enfermería, así como a desarrollar materiales de formación profesional (Hutchings, et al., 2012) y servir como un modelo para la exploración del concepto en otros ámbitos geográficos y culturales.

El producto de esta investigación, es un instrumento que va a permitir valorar el compromiso profesional en la enfermería española. Su uso puede reportar grandes beneficios.

- Disponer de una herramienta que permite identificar a sujetos susceptibles de mejorar su nivel de implicación profesional, personalizando intervenciones que aumenten su compromiso y permitiendo el seguimiento de manera longitudinal.
- Evaluar acciones como ciertas medidas preventivas, de formación o incentivos para la promoción y el aumento de implicación del profesional sanitario hacia la institución para la que trabaja y hacia su propia profesión.
- Identificar los aspectos mejorables del compromiso profesional en el ámbito de la enfermería.
- Promover la reflexión personal de los profesionales de manera individualizada.
- Guiar a los profesionales hacia su crecimiento profesional si se utiliza de manera longitudinal.

Por otro lado, como posibles líneas de investigación futuras, se pretende que esta herramienta pueda incluirse en estudios que se interesen por los niveles de calidad asistencial, satisfacción de pacientes, niveles de estrés o *burnout*, etc. y realizar estudios comparativos con otros ámbitos y culturas sanitarias. Podrían considerarse la correlación-asociación de dicho compromiso profesional con indicadores asistenciales (productividad, calidad y seguridad del paciente), así como su correlación-asociación con estrategias motivadoras o educativas sobre el personal de enfermería. También abre el camino para la adaptación a la cultura médica española de la Escala *Nijmegen*.

8. Conclusiones

1. Los resultados confirman las hipótesis de partida, y dan respuesta a los objetivos general y específicos planteados: Definir claramente el compromiso profesional en la enfermería española, tras revisar en profundidad los trabajos que han estudiado este concepto multidimensional y cambiante y construir un instrumento válido y fiable que sea capaz de cuantificarlo.
2. Los resultados obtenidos a través de la revisión en profundidad, revelan que el compromiso profesional en enfermería se encuentra de plena actualidad en la literatura internacional. Se trata de un constructo multidimensional, que engloba la actitud hacia la profesión, que contribuye a aumentar la calidad de los cuidados y evita el abandono de la profesión.
3. A pesar de las limitaciones de la revisión en profundidad, en buena medida por la dificultad en homogeneizar los significados terminológicos, se ha realizado un análisis de concepto del compromiso profesional en enfermería, identificando las características que lo componen y los aspectos controvertidos o desconocidos.
4. Se puede afirmar que el concepto de compromiso profesional es dependiente de la cultura, el contexto y el entorno, lo que hace necesario su estudio adaptado a los diferentes ámbitos geográficos.
5. Se ha identificado claramente la diferencia entre los atributos del concepto (aprendizaje de conocimientos y habilidades propias de la profesión, adquisición de valores, reconocimiento de la responsabilidad profesional y comportamientos profesionales) y los factores relacionados con el mismo (factores relacionados con el ámbito laboral; factores relacionados con el ámbito personal, factores relacionados con la experiencia, factores demográficos y factores sociales). Esta diferencia radica en la dependencia de los mismos sobre la motivación individual, que es la condición esencial que caracteriza los componentes del concepto, o dicho de otro modo, los factores asociados son aquellos que influyendo en el compromiso profesional, no pueden ser cambiados por el propio profesional.

6. Se puede afirmar que los términos identificados en el análisis de concepto (*professionalism; engagement; professional commitment; professionalism; patient-centred professionalism; work engagement*), se usan indistintamente para englobar un mismo constructo. Es conveniente unificar todos ellos en un único concepto que incluya todos los elementos descritos, englobando tanto su esfera abstracta como práctica.
7. Este trabajo propone, para lengua castellana, una definición que podría ser clarificadora para posteriores estudios.
8. La enfermería está obligada a la mejora de la dimensión humanista del cuidado, por ello es necesario el desarrollo de instrumentos capaces de evaluar dicha esfera. El instrumento adaptado transcultural y lingüísticamente en esta investigación, facilitará el desarrollo de futuras investigaciones, de manera transversal y longitudinal para identificar los factores que influyen positiva o negativamente en el compromiso profesional, con el fin de adoptar medidas educativas e institucionales.
9. El resultado de esta investigación, permitirá valorar el compromiso profesional en la enfermería española para la promoción y la implicación del profesional sanitario con su propia profesión e institución y realizar estudios comparativos con otros ámbitos y culturas sanitarias. De la misma manera se pretende que este pueda servir al menos, como un recurso motivacional y reflexivo, lo que a su vez contribuirá a aumentar la calidad de los cuidados proporcionados por este tipo de profesionales.
10. Tras un proceso complejo, se ha logrado un instrumento llamado finalmente Escala de Valoración Española del Compromiso Profesional en Enfermería (EVECPE), que puede cuantificar el compromiso profesional en la enfermería española, y es un instrumento más reducido que la escala de partida, con características de cumplimentación favorables.

9. Referencias bibliográficas

ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine & European Federation of Internal Medicine. (2002). *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Annals of Internal Medicine, 136*(3), 243-246.

Adams, J., Schmidt, T., Sanders, A., Larkin, G. L. & Knopp, R. (1998). Professionalism in emergency medicine. SAEM Ethics Committee. Society for Academic Emergency Medicine. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 5*(12), 1193-1199.

Adriaenssens, J., De Gucht, V. & Maes, S. (2015). Association of goal orientation with work engagement and burnout in emergency nurses. *Journal of occupational health, 57*(2), 151-160. doi: 10.1539/joh.14-0069-OA.

Ahmad, N. & Oranye, N. O. (2010). Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: a comparative analysis of nurses working in Malaysia and England. *Journal of nursing management, 18*(5), 582-591. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01093.x.

Akhtar-Danesh, N., Baumann, A., Kolotylo, C., Lawlor, Y., Tompkins, C. & Lee, R. (2013). Perceptions of professionalism among nursing faculty and nursing students. *Western journal of nursing research, 35*(2), 248-271. doi: 10.1177/0193945911408623.

Alfred, D., Yarbrough, S., Martin, P., Mink J., Lin, Y. H. & Wang, L.S. (2013). Comparison of professional values of Taiwanese and United States nursing students. *Nursing ethics, 20*(8), 917-926. doi:10.1177/0969733013484486.

Almansa, C., García-Sánchez, R., Barceló, M., Díaz-Rubio, M. & Rey, E. (2011). Traducción, adaptación cultural y validación al español del cuestionario de gravedad del síndrome de intestino irritable (Irritable Bowel Syndrome Severity Score). *Revista Española de Enfermedades Digestivas, 103*(12), 612-618.

Almuedo-Paz, A., Brea-Rivero, P., Buiza-Camacho, A., Rojas, D. E., Mora, A. & Torres-Olivera, A. (2011). Utilidad de la acreditación de competencias profesionales en el desarrollo profesional continuo. *Revista de Calidad Asistencial, 26*(4), 221-227.

Alonso, R., Blanco-Ramos, M. A. & Gayoso, P. (2015). Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Revista Calidad Asistencial, 20*(5), 246-250.

Altisent, R. (2010). La bioética más allá de los dilemas. *Atención Primaria, 42*(8), 412-414.

- Alvarado-García, A. (2004). La ética del cuidado. *Aquichan*, 4(4), 30-39.
- Álvarez-Baza, M. C. (2007). Evaluación de los criterios satisfacción del cliente/paciente y satisfacción del personal/profesional. *Revista de Calidad Asistencial*, 22(5), 227-233.
- Arias-Rivera, S., Sánchez-Sánchez, M. M., Fraile-Gamo, M. P., Patiño-Freire, S., Pinto-Rodríguez, V., Conde-Alonso, M. P., Fergusone, N. D. & Frutos-Vivara, F. (2013). Adaptación transcultural al castellano del Nursing Activities Score. *Enfermería Intensiva*, 24(1), 12-22. doi:10.1016/j.enfi.2012.10.002.
- Arillo-Crespo, A., Zabalequi-Ardaiz, M. J., Ayarra-Elia, M., Fuertes-Goñi, C., Loayssa-Lara, J. R. & Pascual-Pascual, P. (2009). El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 41(12), 688-694.
- Arnold, E. L., Blank, L. L., Race, K. E. & Cipparrone, N. (1998). Can professionalism be measured? The development of a scale for use in the medical environment. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(10), 1119-1121.
- Arnold, L. (2002). Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(6), 502-515.
- Arroyo-Gordo, M. P. (2003). La ética del cuidado y la ética del cuidar. *Metas Enfermería*, 53(6), 3.
- Bagraim, J. & Butler, N. (2012). The relationship between commitment and absenteeism among South African community nurses. *International Journal of Psychology*, 47, 530. doi: 10.1080/00207594.2012.709112.
- Barrio-Cantalejo, I. M. (1999). Carol Gilligan y la ética del cuidado. Un referente para la ética de enfermería. *Enfermería Clínica*, 9(2), 71-76.
- Bartell, J. M. & Smith, M. A. (2004). Physician professionalism and organizational efforts to improve quality: a systems perspective. *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 103(3), 66-70.
- Basurto-Hoyuelos, S., Fraile-Lobato, C., Weis, D., De Lorenzo-Urien, E., Elsdén, C. A. & Schank, M. J. (2010). Nursing professional values: validation of a scale in a Spanish context. *Nurse Education Today*, 30 (2), 107-112. doi: 10.1016/j.nedt.2009.05.010.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.

Beattie, R. S. & Crossan, F. (2015). Exploring employee engagement in Scottish nursing at a time of multi-faceted change: developing a research agenda. *Public Money & Management*, 35(3), 211-218. doi: 10.1080/09540962.2015.1027497.

Benito-Oliver, E., Arranz-Carrillo de Albornoz, P. & Cancio-López, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(2), 59-65.

Betanzos-Díaz, N. & Paz-Rodríguez, F. (2011). Compromiso organizacional en profesionales de la salud. Revisión bibliográfica. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19(1), 35-41.

Beukes, I. & Botha, E. (2013). Organisational commitment, work engagement and meaning of work of nursing staff in hospitals. *SA Journal of Industrial Psychology*, 39(2), 1-10. doi:10.4102/sajip.v39i2.1144.

Borrell i Carrió, F. (2006). Profesionalismo, ¿ética de la virtud o coartada ideológica? *Revista Jano*, 68(1555), 20-25.

Bosch-Fontcuberta, J. M. (2006). El tiempo no sólo es oro, es sobre todo dignidad profesional. *Atención Primaria*, 37(2), 69-77.

Brownell, A. K. & Cote, L. (2001). Senior residents' views on the meaning of professionalism and how they learn about it. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(7), 734-737.

Brunetto, Y., Xerri, M., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S. & Dienger, J. (2013). The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *Journal of advanced nursing*, 69(12), 2786-2799. doi: 10.1111/jan.12165.

Burgos, R., Sarto, B., Seguro, H., Romagosa, A., Puiggrós, C., Vázquez, C., Cárdenas, G., Barcons, N., Araujo, K. & Pérez-Portabella, C. (2012). Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2048-2054.

Busquets-Surribas, M. (2004). La ética del cuidado. En: 5º congreso virtual en psiquiatría y neurociencias. *Intersalud*, 1-12.

Cabrera, E., Zabalegui, A. & Blanco, I. (2001). Versión española de la Cancer Worry Scale (Escala de Preocupación por el Cáncer: adaptación cultural y análisis de la validez y la fiabilidad). *Medicina Clínica*, 136(1), 8-12. doi:10.1016/j.medcli.2010.04.015.

Calvo-Calvo, M. A. (2011). Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index Enfermería*, 20(3), 184-188.

Calvo-Gil, M. J., Ayala-Valenzuela, R., Holmqvist-Curimil, M. & Molina-Díaz, C. (2011). Aspectos axiológico-culturales de la ética y el cuidado. *Acta bioethica*, 17(1), 133-141.

Cantero-Santamaría, J. I. & Ramírez-Puerta, D. (2010). Evaluación de un proceso de Desarrollo Profesional Continuo: el Desarrollo Profesional Continuo de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria un año después. *Semergen*, 36(4), 208-215.

Cardona-Iguacen, X. (2007). La geografía sólida en un mundo líquido. El compromiso ético del médico de familia. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(1), 1-2.

Caricati, L., Sala, R. L., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A., Ricchi, A., Scardino, M., Artioli, G. & Mancini, T. (2014). Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of nursing management*, 22(8), 984-994. doi: 10.1111/jonm.12079.

Casado-Vicente, V. (2010). Currículum oculto. *Atención Primaria*, 42(1), 1-4.

Catlett, S. & Lovan, S. R. (2011). Being a good nurse and doing the right thing: a replication study. *Nursing ethics*, 18(1), 54-63. doi: 10.1177/0969733010386162.

Çelik, S. & Hisar, F. (2012). The influence of the professionalism behaviour of nurses working in health institutions on job satisfaction. *International journal of nursing practice*, 18(2), 180-187. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02019.x.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2013). *Distribuciones marginales. Estudio n° 2.981*. Recuperado de http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2980_2999/2981/Es2981.pdf

Chang, C. S. (2015). Moderating Effects of Nurses' Organizational Support on the Relationship Between Job Satisfaction and Organizational Commitment. *Western journal of nursing research*, 37(6), 724-745. doi:10.1177/0193945914530047.

Chang, Y. C. & Yeh, M. L. (2016). Translation and validation of the Nurses Self-Concept Instrument for college-level nursing students in Taiwan. *Nurse Education Today*, 36, 112-117. doi: 10.1016/j.nedt.2015.08.009.

Chang, Y. P., Wang, H. H., Huang, S. & Wang, H. I. (2014). Interaction effect of work excitement and work frustration on the professional commitment of nurses in Taiwan. *The journal of nursing research: JNR*, 22(1), 51-60. doi: 10.1097/jnr.0000000000000021.

Chen, S., Chang, S., Lin, H. & Chen, C. (2009). Post-SARS knowledge sharing and professional commitment in the nursing profession. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1738-1745. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02488.x.

Cohen, A. & Veled-Hecht, A. (2010). The relationship between organizational socialization and commitment in the workplace among employees in long-term nursing care facilities. *Personnel Review*, 39(5), 537-556. doi:10.1108/00483481011064136.

Cruess, R. L., Cruess, S. R. & Johnston, S. E. (2000). Professionalism: an ideal to be sustained. *Lancet*, 356(9224), 156-159.

Cruess, R. L. (2006). Teaching professionalism: theory, principles, and practices. *Clinical orthopaedics and related research*, 449, 177-185.

Cruess, S. R., Johnston, S. & Cruess, R. L. (2002). Professionalism for medicine: opportunities and obligations. *The Medical journal of Australia*, 177(4), 208-211.

Cuñado-Barrio, A., Bernardo-García, C., Rial-Cereijo, C., Marco-Arraiza, A. & García-López, F. (2002). Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). *Enfermería Clínica*, 12(6), 273-280.

Dart, R. A. (2003). Task force releases report; Part I: Professionalism defined. *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 102(1), 7-8.

Davis, A. J. (1999). Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enfermería Clínica*, 9(1), 21-28.

Davis, A. J. (2006). El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. *Collegi Oficial d'Infermeria de Barcelona*. Recuperado de <http://docplayer.es/17614901-El-cuidar-y-la-etica-del-cuidar-en-el-siglo-xxi-que-sabemos-y-que-debemos-cuestionar.html>

De Araujo-Sartorio, N. & Pavone-Zoboli, E.L. (2010). Images of a 'good nurse' presented by teaching staff. *Nursing ethics*, 17(6), 687-694. doi:10.1177/0969733010378930.

Dehghani, A., Salsali, M. & Cheraghi, M. A. (2015). Professionalism in Iranian Nursing: Concept Analysis. *International journal of nursing knowledge*, 17. doi:10.1111/2047-3095.12082.

Dinmohammadi, M., Peyrovi, H. & Mehrdad, N. (2013). Concept analysis of professional socialization in nursing. *Nursing forum*, 48(1), 26-34. doi:10.1111/nuf.12006.

Drey, N., Gould, D. & Allan, T. (2009). The relationship between continuing professional education and commitment to nursing. *Nurse education today*, 29(7), 740-745. doi: 10.1016/j.nedt.2009.03.008.

Duff, P. (2002). Professionalism in medicine: an A-Z primer. *Obstetrics and gynecology*, 99(6), 1127-1128.

Edit Revista Enfermería en Desarrollo (RED). (2013). *La enfermería en España y en Europa*. Revista Enfermería en Desarrollo. Recuperado de <http://www.enfermeriaendesarrollo.es/index.php/trabajo/86-la-enfermeria-en-espana-y-en-europa>

Epstein, J., Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Beaton, D. E. & Guillemin, F. (2015). Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 360-369. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.07.013.

Errasti-Ibarrondo, B., Arantzamendi-Solabarrieta, M. & Canga-Armayor, N. (2012). La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 269-283.

Escobar-Bravo, M. Á. (2004). Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. *Enfermería Clínica*, 14(2), 102-106.

Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L. & Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22, 300-308.

Expósito-Tirado, J. A., Echevarría-Ruiz de Vargas, C., Del Pino-Algarrada, R., Díaz-Borrego, P., Algarin-Fiestas, M. I. & Cayuela-Domínguez, A. (2004). Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. *Rehabilitación*, 38, 59-65.

Ezquerria-Lezcano, M. (2010). Necesidad de evaluar la competencia profesional con instrumentos validados. *Atención Primaria*, 42(1), 13-14.

Falcó-Pegueroles, A. (2005). Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. *Enfermería Clínica*, 15(5), 287-290.

Fantahun, A., Demessie, A., Gebrekirstos, K., Zemene, A. & Yetayeh, G. (2014). A cross sectional study on factors influencing professionalism in nursing among nurses in Mekelle Public Hospitals, North Ethiopia, 2012. *BMC nursing*, 13(10).

Feito-Grande, L. (2005). Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería Clínica*, 15(3), 167-174.

Fernández-Merino, C. & Yáñez-Gallardo, R. (2014). Describiendo el engagement en profesionales de enfermería de atención primaria de salud. *Ciencia y enfermería*, 20(3), 131-140.

Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M. J. & Jones, D. R. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment*, 2(14), 1-74.

Fochtman, L. J. (2004). The professionalism movement: pausing and reflecting are essential. *The American journal of bioethics: AJOB*, 4(2), 38-40.

Gaite, L., Ramírez, N., Herrera, S. & Vázquez-Barquero, J. L. (1997). Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Archivos de Neurobiología*, 60(2), 91-111.

Galletta, M., Portoghese, I., Coppola, R. C., Finco, G. & Campagna, M. (2014). Nurses well-being in intensive care units: study of factors promoting team commitment. *Nursing in critical care*, 19. doi: 10.1111/nicc.12083.

Gálvez-Toro, A. (2002). Revisión bibliográfica: usos y utilidades. *Matronas Profesión*, (10), 25-31.

Gambino, K. M. (2010). Motivation for entry, occupational commitment and intent to remain: a survey regarding Registered Nurse retention. *Journal of advanced nursing*, 66(11), 2532-2541. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05426.x.

Gándara, M. (2008). Ética, poder y deber: de la ética del cuidado al poder del deber de cuidar. *Revista rol de enfermería*, 31(1), 18-24.

Garcimartín-Cerezo, P. (2013). 1ª promoción de graduados en enfermería: análisis de la situación profesional y académica. *Revista Enfermería en Cardiología*, (58-59), 31-34.

Garrido-Urrutia, C., Espinoza-Santander, I. & Romo-Ormazábal, F. (2010). Traducción al español y validación del cuestionario de creencias en salud bucal para cuidadores (DCBS-SP). *Revista Española de Salud Pública*, 84(4), 407-414.

Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A. & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement. *International journal of nursing studies*, 48(4), 479-489. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004.

Gellatly, I. R., Cowden, T. L. & Cummings, G. G. (2014). Staff nurse commitment, work relationships, and turnover intentions: a latent profile analysis. *Nursing research*, 63(3), 170-181. doi: 10.1097/NNR.0000000000000035.

Ghadirian, F., Salsali, M. & Cheraghi, M. A. (2014). Nursing professionalism: An evolutionary concept analysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(1), 1-10.

Gibson, D. D., Coldwell, L. L. & Kiewit, S. F. (2000). Creating a culture of professionalism: an integrated approach. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 75(5), 509.

Ginsburg, S., Regehr, G., Hatala, R., McNaughton, N., Frohna, A., Hodges, B., Lingard, L. & Stern, D. (2000). Context, conflict, and resolution: a new conceptual framework for evaluating professionalism. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 75(Suppl.10), 6-11.

Ginsburg, S. & Stern, D. (2004). The professionalism movement: behaviors are the key to progress. *The American journal of bioethics: AJOB*, 4(2), 14-15.

Gokenbach, V. & Drenkard, K. (2011). The outcomes of Magnet environments and nursing staff engagement: a case study. *The Nursing clinics of North America*, 46(1), 89-105. doi: 10.1016/j.cnur.2010.10.008.

González-Correales, R. (2003). Síndrome de burnout: una oportunidad para aprender y reflexionar. *Semergen*, 29, 2-3.

Gracia-Guillén, D. (2006). Compromiso ético con el desarrollo profesional continuo. *Revista Jano*, (1626), 20-25.

Green, M., Zick, A. & Makoul, G. (2009). Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(5), 566-573. doi: 10.1097/ACM.0b013e31819fb7ad.

Guirao-Goris, J. A., Olmedo-Salas, A. & Ferrer-Ferrandis, E. (2008). El artículo de revisión. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 1(1), 6. Recuperado de http://www.uv.es/joguigo/valencia/Recerca_files/el_articulo_de_revision.pdf

Gusi, N., Badia, X., Herdman, M. & Olivares, P. R. (2009). Traducción y adaptación cultural de la versión española del cuestionario EQ-5D-Y en niños y adolescentes. *Atención Primaria*, 41(1), 19-23.

Halvorsen, J. G. (1999). Professionalism reconsidered. Priorities for physicians. *Archives of Family Medicine*, 8(2), 173-176.

Harmon, K., Sey, R., Hiner, J., Faron, S. & McAdam, A. (2010). Successful nurse engagement: one health care system's story. *Nursing for women's health*, 14(1), 42-48. doi: 10.1111/j.1751-486X.2010.01506.x.

Henderson, V. (2006). The concept of nursing. 1977. *Journal of advanced nursing*, 53(1), 21-31.

Heponiemi, T., Elovainio, M., Kouvonen, A., Kuusio, H., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Sinervo, T. (2011). The effects of ownership, staffing level and organisational justice on nurse commitment, involvement, and satisfaction: a questionnaire study. *International journal of nursing studies*, 48(12), 1551-1561. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.05.015.

Hsu, C. P., Chiang, C. Y., Chang, C. W., Huang, H. C. & Chen, C. C. (2013). Enhancing the commitment of nurses to the organisation by means of trust and monetary reward. *Journal of nursing management*, 1-10. doi:10.1111/jonm.12180

Huang, C. C., You, C. S. & Tsai, M. T. (2012). A multidimensional analysis of ethical climate, job satisfaction, organizational commitment, and organizational citizenship behaviors. *Nursing ethics*, 19(4), 513-529. doi: 10.1177/0969733011433923.

Hutchings, H., Rapport, F., Wright, S., Doel, M. & Jones, A. (2012). Obtaining consensus about patient-centred professionalism in community nursing: nominal group work activity with professionals and the public. *Journal of advanced nursing*, 68(11), 2429-2442. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05938.x.

Hwang, J., Lou, F., Han, S. S., Cao, F., Kim, W. O. & Li, P. (2009). Professionalism: the major factor influencing job satisfaction among Korean and Chinese nurses. *International nursing review*, 56(3), 313-318. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00710.x.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2013). *Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2013*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np843.pdf>

International Quality of Life Assessment (IQOLA). (2013). *Project IQOLA*. Recuperado de <http://www.iqola.org/>

Irvine, D. (1997). The performance of doctors. I: Professionalism and self regulation in a changing world. *BMJ: British medical journal / British Medical Association*, 314(7093), 1540-1542.

Irvine, D. (1999). The performance of doctors: the new professionalism. *Lancet*, 353(9159), 1174-1177.

Jafaragae, F., Parvizy, S., Mehrdad, N. & Rafii, F. (2012). Concept analysis of professional commitment in Iranian nurses. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 17(7), 472-479.

Jafaraghaee, F., Mehrdad, N. & Parvizy, S. (2014). Influencing factors on professional commitment in Iranian nurses: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(3), 301-308.

Jafari-Kelarijani, S. E., Heidarian, A. R., Jamshidi, R. & Khorshidi, M. (2014). Length of service and commitment of nurses in hospitals of Social Security Organization (SSO) in Tehran. *Caspian journal of internal medicine*, 5(2), 94-98.

Jahangir, F. & Shokrpour, N. (2009). Three components of organizational commitment and job satisfaction of hospital nurses in Iran. *The health care manager*, 28(4), 375-380. doi: 10.1097/HCM.0b013e3181b3eade.

Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, M. B. & Cruz, M. (2011). Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *Journal of advanced nursing*, 67(4), 865-875. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05526.x.

Jeong-Nam, N. & Young-Hee, K. (2009). Relationship between organizational commitment and turnover intention according to the personality type of nurses on egogram. *Journal of The Korean Data Analysis Society*, 11(5), 2315-2327.

Johnson, J. A. (2015). Nursing professionalism: innate, taught, or caught? *Journal For Nurses In Professional Development*, 31(2), 114-115. doi: 10.1097/NND.000000000000149.

Joyner, B. D. & Vemulakonda, V. M. (2007). Improving professionalism: making the implicit more explicit. *The Journal of urology*, 177(6), 2287-2290.

Keeling, J. & Templeman, J. (2013). An exploratory study: student nurses' perceptions of professionalism. *Nurse education in practice*, 13(1), 18-22. doi: 10.1016/j.nepr.2012.05.008.

Keyko, K. (2014). Work engagement in nursing practice: a relational ethics perspective. *Nursing ethics*, 21(8), 879-889.

Kim-Godwin, Y. S., Baek, H. C. & Wynd, C. A. (2010). Factors influencing professionalism in nursing among Korean American registered nurses. *Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 26(4), 242-249. doi: 10.1016/j.profnurs.2009.12.007.

Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K. & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x.

Kulich, K. R., Piqué, J. M., Vegazo, O., Jiménez, J., Zapardiel, J., Carlsson, J. & Wiklund, I. (2005). Validación psicométrica de la traducción al español de la escala de evaluación de síntomas gastrointestinales (GSRS) y del cuestionario de calidad de vida de reflujo y dispepsia (QOLRAD) en los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Revista Clínica Española*, 205(12), 588-594.

Larkin, G. L. (1999). Evaluating professionalism in emergency medicine: clinical ethical competence. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 6(4), 302-311.

Latham, S. R. (2002). Medical professionalism: A Parsonian view. *The Mount Sinai journal of medicine, New York* 69(6), 363-369.

Lee, S. (2015). A concept analysis of 'Meaning in work' and its implications for nursing. *Journal of advanced nursing*, 71(10), 2258-2267. doi: 10.1111/jan.12695.

Lees, L. (2009). Managers must support nurses to boost their commitment to care. *Nursing times*, 105(48), 9.

Letelier-Valdivia, M. C. & Velandia-Mora, A. L. (2010a). ¿Cómo lograr la excelencia en Enfermería y la calidad del cuidado a través del profesionalismo? *Revista Paraninfo Digital*, 10.

Letelier-Valdivia, M. C. & Velandia-Mora, A. L. (2010b). Profesionalismo en enfermería, el hábito de la excelencia del cuidado. *Avances en Enfermería*, 28(2), 145-158.

Lillo-Crespo, M., Casabona-Martínez, I., Galao-Malo, R. & Mora, A. (2004). La imagen de la enfermería española en cuidados críticos vista por pacientes centroeuropeos. Una aproximación hacia la identidad de los profesionales de los cuidados españoles en el contexto de la Unión Europea. *Cultura de los Cuidados*, (15), 32-36.

Loayssa-Lara, J. R. & Ruiz-Moral, R. (2006). Comportamiento profesional. Desde los dilemas y principios éticos a las actitudes, los valores y la disposición «virtuosa». *Atención Primaria*, 37(9), 510-513.

Loayssa-Lara, J. R., Ruiz-Moral, R. & García-Campayo, J. (2009). ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Atención Primaria*, 41(11), 646-649.

Loeser, H. & Papadakis, M. (2000). Promoting and assessing professionalism in the first two years of medical school. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 75(5), 509-510.

Lombarts, K. M., Plochg, T., Thompson, C. A., Arah, O. A. & DUQuE Project Consortium (2014). Measuring professionalism in medicine and nursing: results of a European survey. *PloS one*, 9(5), 97069. doi: 10.1371/journal.pone.0097069.

López-Ibort, N., González de la Cuesta, D., Barrado-Narvi6n, M.J. & Bara-Mach6n, G. (2011). ¿Qu6 motiva a la enfermer6a espa6ola? *Tesela*, (9).

L6pez-Ruiz, J. (2000a). Propuestas para el desarrollo profesional (I). *Enfermer6a Cl6nica*, 10(3), 114-118.

L6pez-Ruiz, J. (2000b). Propuestas para el desarrollo profesional (II). *Enfermer6a Cl6nica*, 10(4), 157-162.

Lu, Y.H., Meng, X.Y. & Liu, X. (1994). Professional behaviour of medical school graduates: an analysis. *Medical education*, 28(4), 296-230.

Lynch, D.C., Surdyk, P. M. & Eiser, A. R. (2004). Assessing professionalism: a review of the literature. *Medical teacher*, 26(4), 366-373.

Mach6n, M., Vergara, I., Silvestre, C., P6rez, P., Al6as, G. & Vrotsou, K. (2014). Adaptaci6n transcultural al castellano del cuestionario Nursing Home Survey on Patient Safety Culture. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(2), 99-103.

Malathi-Srinivasan, M. D. (1999). Medical professionalism: more than simply a job. *Journal of the American Medical Association*, 282(9), 814.

Manojlovich, M. (2010). Predictors of professional nursing practice behaviors in hospital settings. *The Journal of nursing administration*, 40(Suppl.10), 45-51. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181f37e7d.

Marchador-Pinillos, B. (2005). *Influencia de la prensa escrita en la imagen de la profesi6n enfermera*. Biblioteca Lascasas. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0011.php>

Mariscal-Crespo, M. I. (2012). La enfermer6a sin l6mites y los l6mites de la enfermer6a. *Enfermer6a Cl6nica*, 22(3): 115-117.

Markakis, K. M., Beckman, H. B., Suchman, A. L. & Frankel, R. M. (2000). The path to professionalism: cultivating humanistic values and attitudes in residency training. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 75(2), 141-150.

Martínez, K. (2011). La educación en bioética, camino para la profesionalidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 62-66.

Martínez-Riera, J. R. & Sanjuán-Quiles, Á. (2009). ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional? *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI*, 7(4), 661-682.

McCabe, T. J. & Sambrook, S. (2013). Psychological contracts and commitment amongst nurses and nurse managers: a discourse analysis. *International journal of nursing studies*, 50(7), 954-967. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.012.

McKenna, S. P. & Doward, L. C. (2005). The translation and cultural adaptation of patient-reported outcome measures. *Value Health*, 8(2), 89-91.

Mena, G., Sequera, V. G., Nogué-Xarau, S., Ríos, J., Bertran, M. J. & Trilla, A. (2013). Traducción y adaptación transcultural del cuestionario Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory a la población española. *Medicina Clínica*, 140(7), 302-304. doi:10.1016/j.medcli.2012.10.024.

Menezes-Costa, L. daC., Maher, C. G., McAuley, J.H. & Pena-Costa, L. O. (2009). Systematic review of cross-cultural adaptations of McGill Pain Questionnaire reveals a paucity of clinimetric testing. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(9), 934-943. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.03.019.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria*. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>

Molina-Linde, J. M., Avalos-Martínez, F. & Giménez-Cervantes, I. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15(5), 275-282.

Montero-Rojas, E. (2008). Escalas o Índices para la medición de constructos: El dilema del analista de datos. *Avances en medición*, 6, 15-24.

Montoya-Montoya, G. J. (2007). La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta bioethica*, 13(2), 168-175.

Moreno-Jiménez, B., Gálvez-Herrer, M., Garrosa-Hernández, E. & Mingote-Adán, J. C. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención Primaria*, 38(10), 544-549.

Morse, J. M., Bottorff, J., Neander, W. & Solberg, S. (1991). Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. *Image: the journal of nursing scholarship*, 23(2), 119-126.

Muñiz, J., Elosua, P. & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. doi: 10.7334/psicothema2013.24.

Muñoz-Seco, E., Coll-Benejam, J.M., Torrent-Quetglas, M. & Linares-Pou, L. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 37(4), 209-214.

Natan, M. B., Qeadan, H. & Egbaria, W. (2014). The commitment of Israeli nursing preceptors to the role of preceptor. *Nurse education today*, 34(12), 1425-1429. doi: 10.1016/j.nedt.2014.04.011.

Nesje, K. (2014) Nursing students' prosocial motivation: does it predict professional commitment and involvement in the job? *Journal of advanced nursing*, 71(1), 115-125. doi: 10.1111/jan.12456.

Ojeda, B., Salazar, A., Dueñas, M. & Failde, I. (2012). Traducción y adaptación al castellano del Cuestionario de Detección de Trastorno Cognitivo Leve. *Medicina Clínica*, 138(10), 429-434.

Oyetunde, M. O. & Brown, V. B. (2012). Professional accountability: implications for primary healthcare nursing practice. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation*, 14(4), 109-114. doi: 10.1097/JHL.0b013e318276308f.

Özcan, M., Akpınar, A. & Ergin, A. B. (2012). Personal and professional values grading among midwifery students. *Nursing ethics*, 19(3), 399-407. doi: 10.1177/0969733011433921.

Palmer, B., Quinn-Griffin, M. T., Reed, P. & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-transcendence and work engagement in acute care staff registered nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(2), 138-147.

Pardell-Alentá, H. & Gómez-Asorey, C. (2006a). ¿De quién es responsabilidad la formación continuada de los médicos? *Atención Primaria*, 37(6), 350-354.

Pardell, H., Gomar, C., Gual, A. & Bruguera, M. (2005). ¿Qué opinan los médicos sobre la formación continuada, la evaluación de la competencia y la recertificación? *Educación médica*, 8(2), 91-98.

Pardell, H., Gual, A. & Segura, H. (2006b). Acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias en España. Perspectivas futuras. *Medicina Clínica*, 126(10), 380-383.

Pedraz, A. (2004). La revisión bibliográfica. *Nure Investigacion*, (2). Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/127/114>

Pellegrino, E. D. (2002). Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *The Mount Sinai journal of medicine, New York*, 69(6), 378-384.

Picardo, J. M., López-Fernández, C. & Abellán-Hervás, M. J. (2013). The Spanish version of the Emotional Labour Scale (ELS): a validation study. *Nurse Education Today*, 33(10), 1130-1135. doi: 10.1016/j.nedt.2012.12.008.

Prieto-Parra, G. I. (2007). Perspectiva bioética del cuidado de enfermería. *Revista Enfermería Universitaria*, 4(3), 21-26.

Primm, R. D. (2010). Professionalism among occupational health nurses. *AAOHN journal: official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 58(7), 281-283. doi: 10.3928/08910162-20100625-02.

Prislin, M. D., Lie, D., Shapiro, J., Boker, J. & Radecki, S. (2001) Using standardized patients to assess medical students' professionalism. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 76 (Suppl 10), 90-92.

Queiros, C., Dias, S. & Marques, A. J. (2011). Burnout and Engagement in Portuguese Nurses Working with Mental Illness. *European Psychiatry*, 26(Suppl.1), 1599.

Rhodes, M. K., Schutt, M. S., Langham, G. W. & Bilotta, D. E. (2012). The journey to nursing professionalism: a learner-centered approach. *Nursing education perspectives*, 33(1), 27-29.

Robles, M. E., Oberst, U. E., Sánchez-Planell, L. & Chamarro, A. (2006). Adaptación transcultural al castellano de la Eating Disorder Examination. *Medicina Clínica*, 127(19), 734-735.

Rodgers, B. L. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *Journal of advanced nursing*, 14(4), 330-335.

Rodríguez-Álvaro, M. & Brito-Brito, R. (2013). Imagen e Identidad Enfermera. *ENE. Revista de Enfermería*, 7(3).

Rodríguez, J. A. & Bosch, J. L. (2005). *Enfermeras hoy: cómo somos y cómo nos gustaría ser. Conclusiones del estudio sociológico 2004*. Barcelona: Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Recuperado de <http://104.46.55.83/uploadsBO/Generica/Documents/ENFERMERAS%20HOY%20MAQUETAT.PDF>

Rothman, D. J. (2000). Medical professionalism—focusing on the real issues. *The New England journal of medicine* 342(17), 1284-1286. doi: 10.1056/NEJM200009073431014

Roussos, A. (2011). Preparación de una revisión bibliográfica para su publicación cuando un solo artículo nos habla de muchos trabajos. *Reportes de investigación*, 1, 1-7.

Rowley, B. D., Baldwin D. C. Jr., Bay, R. C. & Karpman, R. R. (2000). Professionalism and professional values in orthopaedics. *Clinical orthopaedics and related research*, (378), 90-96.

Royer, L. (2011). Empowerment and commitment perceptions of community/public health nurses and their tenure intention. *Public health nursing*. 28(6), 523-532. doi: 10.1111/j.1525-1446.2011.00947.x.

Rudy, D. W., Elam, C. L. & Griffith, C. H. 3rd. (2001). Developing a stage-appropriate professionalism curriculum. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(5), 503.

Ruiz de Adana-Pérez, R. & Elipe-Rebollo, P. (2006). Calidad en la formación continuada de los profesionales sanitarios: necesidad y reto. *Revista de Calidad Asistencial*, 21(3), 117-119.

Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), 600-619.

Sánchez, R. & Echeverri, J. (2004). Validación de Escalas de medición de salud. *Revista de Salud Pública*, 6(3), 302-318.

Sancho-Cantus, D. (2011). Desarrollo teórico de la enfermería en España. ¿Dónde estamos? Luces y sombras de la enfermería española. *Enfermería Integral*, (93), 3-7.

Sanjuán, J., Haro, J. M., Mauriño, J., Díez, T. & Ballesteros, J. (2012). Validación de la versión en castellano de la Escala del Bienestar Subjetivo con Neurolépticos (SWN-K) en pacientes con esquizofrenia. *Medicina Clínica*, 138(4), 151-154.

Santacruz-Caicedo, M. C. (2006). Ética del cuidado. *Revista facultad ciencias de la salud. Universidad de Cauca*, 8(2), 45-51.

Santo-González, A. (2007). El profesionalismo como camino para alcanzar la calidad en la asistencia. *Semergen*, 399-400.

Serra-Prat, M., Nabal, M., Santacruz, V., Picaza, J. M. & Trelis, J. (2004). Traducción, adaptación y validación de la Palliative Care Outcome Scale al español. *Medicina Clínica*, 123(11), 406-412.

Sirera-Vercher, M. J., Sáez-Zamora, P. & Sanz-Amaro, M. D. (2010). Traducción y adaptación transcultural al castellano y al valenciano del Foot Health Status Questionnaire. *Revista española de cirugía ortopédica y traumatología*, 54(4), 211-219. doi:10.1016/j.recot.2010.02.006.

Smith, S. A. (2012). Nurse competence: a concept analysis. *International journal of nursing knowledge*, 23(3), 172-182. doi: 10.1111/j.2047-3095.2012.01225.x.

Sohrabizadeh, S. & Sayfour, N. (2014). Antecedents and consequences of work engagement among nurses. *Iranian Red Crescent medical journal*, 16(11), e16351. doi: 10.5812/ircmj.16351.

Stern, D. T. (1998). In search of the informal curriculum: when and where professional values are taught. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(Suppl.10), 28-30.

Stevens, R. A. (2002). Themes in the history of medical professionalism. *The Mount Sinai journal of medicine, New York*, 69(6), 357-362.

Surdyk, P. M. (2003). Educating for professionalism: what counts? Who's counting? *Cambridge quarterly of healthcare ethics: CQ: the international journal of healthcare ethics committees*, 12(2), 155-160.

Sutkin, G., Littlefield, J. H. & Laube, D. W. (2009). Nursing staff assessment of residents' professionalism and communication skills. *Medical education*, 43(11), 1104. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03461.x.

Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.

Tanaka, M., Taketomi, K., Yonemitsu, Y. & Kawamoto, R. (2014a). Professional behaviours and factors contributing to nursing professionalism among nurse managers. *Journal of nursing management*, 30. doi: 10.1111/jonm.12264.

Tanaka, M., Yonemitsu, Y. & Kawamoto, R. (2014b). Nursing professionalism: A national survey of professionalism among Japanese nurses. *International journal of nursing practice*, 20(6), 579-587. doi: 10.1111/ijn.12201.

Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D., L., Dekker, J., Bouter, L. M. & de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.

Trincherò, E., Borgonovi, E. & Farr-Wharton, B. (2014). Leader-member exchange, affective commitment, engagement, wellbeing, and intention to leave: public versus private sector Italian nurses. *Public Money & Management*, 34(6), 381-388. doi: 10.1080/09540962.2014.962361.

Tromp, F., Rademakers, J. J. & Ten-Cate, T. J. (2007). Development of an instrument to assess professional behaviour of foreign medical graduates. *Medical teacher*, 29(2-3), 150-155.

Tromp, F., Vernooij-Dassen, M., Kramer, A., Grol, R. & Bottema, B. (2010). Behavioural elements of professionalism: assessment of a fundamental concept in medical care. *Medical teacher*, 32(4), 161-169. doi: 10.3109/01421590903544728.

Tsai, C. W., Tsai, S. H., Chen, Y. Y. & Lee, W. L. (2014). A Study of Nursing Competency, Career Self-efficacy, and Professional Commitment among Nurses in Taiwan. *Contemporary nurse*, 3932-3952.

Tsai, T. C., Lin, C. H., Harasym, P. H. & Violato, C. (2007). Students' perception on medical professionalism: the psychometric perspective. *Medical teacher*, 29(2-3), 128-134.

Uysal-Bozkir, Ö., Parlevliet, J. L. & de Rooij, S. E. (2013). Insufficient cross-cultural adaptations and psychometric properties for many translated health assessment scales: A systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(6), 608-618. doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.12.004.

Van De Camp, K., Vernooij-Dassen, M. J., Grol, R. P. & Bottema, B. J. (2004). How to conceptualize professionalism: a qualitative study. *Medical teacher*, 26(8), 696-702.

Van De Camp, K., Vernooij-Dassen, M. J., Grol, R. P. & Bottema, B. J. (2006). Professionalism in general practice: development of an instrument to assess professional behaviour in general practitioner trainees. *Medical education*, 40(1), 43-50.

Van der Heijden, B. I. J. M., Van-Dam, K. & Hasselhorn, H. M. (2009). Intention to leave nursing: The importance of interpersonal work context, work-home interference, and job satisfaction beyond the effect of occupational commitment. *Career Development International*, 14(6-7), 616-635.

Veloski, J. J., Fields, S. K., Boex, J. R. & Blank, L. L. (2005). Measuring Professionalism: A Review of Studies with Instruments Reported in the Literature between 1982 and 2002. *Academic Medicine*, 80(4), 366-370.

Vilanova, J. C. (2012). Revisión bibliográfica del tema de estudio de un proyecto de investigación. *Radiología*, 54(2), 108-114.

Walker, L., Clendon, J. & Walton, J. (2015). What nurses think about professionalism. *Nursing New Zealand (Wellington, N.Z.: 1995)*, 21(1), 12-13.

Wang, L., Tao, H., Ellenbecker, C. H. & Liu, X. (2012). Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Journal of advanced nursing*, 68(3), 539-549. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05755.x.

Watson, J. (1987). Nursing on the caring edge: metaphorical vignettes. *ANS. Advances in nursing science*, 10(1), 10-18.

Watson, J. (2009). Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care. *Journal of health and human services administration*, 31(4), 466-482.

Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N. & Rasmussen, P. (2015). Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of advanced nursing*, 22. doi: 10.1111/jan.1286

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*, 8(2), 94-104.

Wynia, M. K., Latham, S. R., Kao, A. C., Berg, J. W. & Emanuel, L. L. (1999). Medical professionalism in society. *The New England journal of medicine*, 341(21), 1612-1616.

Zakari, N. M., Al Khamis, N. I. & Hamadi, H. Y. (2010). Conflict and professionalism: perceptions among nurses in Saudi Arabia. *International nursing review*, 57(3), 297-304. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00764.x.

Zibrik, K. J., MacLeod, M. L., & Zimmer, L. V. (2010). Professionalism in rural acute-care nursing. *The Canadian journal of nursing research=Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 42(1), 20-36.

