



## La escala CIBISA.

HERRAMIENTA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE PRÁCTICO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Fernando URCOLA-PARDO,<sup>1,2</sup> Regina RUIZ DE VIÑASPRE,<sup>3</sup> Aintzane ORKAIZAGIRRE-GOMARA,<sup>4</sup> Lourdes JIMÉNEZ-NAVASCUÉS,<sup>5</sup> Ana ANGUAS-GRACIA,<sup>1,2</sup> Concepción GERMÁN-BES,<sup>1,2</sup>

### Resumen Abstract

**Objetivo principal:** Elaborar y validar un cuestionario para medir el aprendizaje de los cuidados enfermeros durante las prácticas en el grado de enfermería. **Metodología:** Elaboración de la escala inicial de 45 ítems, pilotaje de la herramienta con alumnado de la Universidad de Zaragoza y Universidad del País Vasco, mediante análisis de la fiabilidad y de estructura. Posterior consulta a expertos para validación de contenido. **Resultados principales:** El resultado del pilotaje reportó que el global de la herramienta presentaba buena fiabilidad ( $\alpha=0,888$ ), con una estructura unidimensional que explica el 66% de la varianza. El grupo de expertos confirmó la estructura unidimensional de la escala, y propuso la eliminación de 17 ítems por considerarlos redundantes. **Conclusión principal:** La herramienta presentada resulta útil para la evaluación del aprendizaje del alumnado. Resultaría necesario ampliar el estudio con muestras de otras universidades, e incluir herramientas que aporten validez convergente o divergente.

**Palabras clave:** Educación en Enfermería. Autoevaluación. Aprendizaje.

THE CIBISA SCALE. SELF-ASSESSMENT TOOL FOR PRACTICAL LEARNING OF NURSING STUDENTS

**Objective:** Development and validation of a questionnaire to measure the learning of nursing care during Nurse Degree clinical practices. **Methods:** Elaboration of a 45-item initial scale, pilot study with students from University of Zaragoza and University of País Vasco, through reliability and structural analysis. Content validation through experts consulting. **Results:** Pilot-study result a good reliability ( $\alpha=0,888$ ) in the global tool, with a unidimensional structure accounting for variance 66%. The expert panel confirmed that unidimensional structure for the scale, and considered 17 items redundant, proposing its elimination. **Conclusions:** Presented tool is useful for students learning assessment. It would be necessary to include samples from other universities and tools that provide convergent and divergent validity in further studies.

**Keywords:** Nursing Education. Self-Assessment. Learning.

1Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España.

2Parasitología, Autocuidados y Salud Ambiental (DGA-B124). 3Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de La Rioja, Logroño, España. 4Unidad de Epidemiología. Subdirección de Salud Pública de Guipuzkoa. Departamento de Enfermería de Soria, Universidad de Valladolid. Soria, España.

CORRESPONDENCIA: Concepción Germán-Bes. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. c/ Domingo Miral s/n. 50009. Zaragoza, España. [cgerman@unizar.es](mailto:cgerman@unizar.es)

Manuscrito recibido el 17.10.2015

Manuscrito aceptado el 11.01.2016

Index Enferm (Gran) 2017; 26(3):226-230

## Introducción

Hasta los años ochenta del siglo XX, los programas formativos de Enfermería en España estuvieron centrados de forma casi exclusiva en la atención clínica, debido a la concepción técnica de la profesión y a un profesorado exclusivamente médico. Tras el cambio de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) a Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) y la incorporación de profesorado enfermero, la Enfermería española ha realizado cambios muy importantes. A la buena formación clínica heredada de los planes ATS y DUE, la formación de Grado en Enfermería ha incorporado competencias de autocuidado y bienestar, permitiendo el desarrollo de un marco teórico holístico.<sup>1</sup> Esta propuesta de marco conceptual puede resultar muy pedagógica para el alumnado, dado que en el esquema de las tres dimensiones del cuidado (bienestar, seguridad clínica y autonomía) se incluyen tanto cuidados tangibles como cuidados invisibles (o intangibles). A través de diarios reflexivos y otras herramientas de evaluación menos convencionales, se ha observado que el aprendizaje de este marco conceptual ayuda al alumnado a: (a) detectar situaciones de pánico, miedo o temor sobre las que actuar tempranamente mediante competencias de escucha, tacto, información y apoyo emocional; (b) discriminar situaciones de descompensación clínica o aparición de nuevos síntomas de manera precoz; (c) favorecer rápidamente el logro de la confianza entre enfermos, familiares y profesionales; y (d) humanizar los cuidados integrando los componentes éticos de las relaciones entre personas, además de la deontología profesional.

La mejora progresiva de los planes de estudios universitarios se ha acompañado de un aumento de herramientas de evaluación. A partir del estudio Tuning del Espacio Europeo de Educación Superior<sup>2,3</sup> y la entrada de la Enfermería Española en el mismo, se han publicado numerosas guías e informes de evaluación y modelos como los del Joint Comité for Educational Evaluation.<sup>4</sup> Los modelos actuales de guía docente utilizados en las asignaturas de las titulaciones deben incluir una evaluación de las competencias adquiridas por el alumnado, siendo coherentes con los resultados de aprendizaje que se deben demostrar para su superación.<sup>5</sup> El aprendizaje de la práctica clínica en la titulación de Enfermería no ha permanecido ajeno a estas mejoras, aumentándose también los instrumentos para su evaluación. En esta línea

se han creado instrumentos más apropiados a nuestro medio, tanto de forma genérica<sup>6-8</sup> como centrados en servicios concretos.<sup>9</sup> Otros instrumentos se han ocupado de los estresores del alumnado, tanto a nivel académico general,<sup>10</sup> como durante las prácticas clínicas.<sup>11</sup> Además, se están aplicando otros formatos de evaluación, como diarios reflexivos<sup>12</sup> o modelos completos y costosos de evaluación como las evaluaciones clínicas objetivas estructuradas.<sup>13</sup> Sin embargo, las competencias derivadas de las dimensiones de bienestar y autonomía, no están lo suficientemente representadas en las herramientas revisadas.

El objetivo de este trabajo fue la elaboración y validación de un nuevo cuestionario diseñado para medir el aprendizaje de los cuidados enfermeros durante las prácticas en el Grado de Enfermería, al que se ha denominado Cuidado Invisible, Bienestar, Seguridad y Autonomía (CIBISA). Para su elaboración, se partió de la necesidad de obtener una herramienta que permitiera la medición de los diferentes fenómenos identificados desde la disciplina y por los propios estudiantes en las tres dimensiones señaladas anteriormente, que pueda resultar de utilidad tanto al alumnado como al profesorado de prácticas clínicas.

## Metodología

**Elaboración de la herramienta.** Para la elaboración de la escala CIBISA se tomaron como referencia la escala Care-Q<sup>14</sup> ya traducida y validada al español<sup>15-17</sup> y la escala de Percepción de Cuidado Invisible Enfermero (PECIE),<sup>18</sup> por los enfermos y familiares, en fase de validación.

La escala inicial se elaboró a partir de las acciones enfermeras recogidas en los cuestionarios mencionados, constandingo de 45 ítems descriptores de acciones de cuidados a nivel hospitalario y domiciliario. Estos ítems se agruparon en torno a tres dimensiones: Bienestar-Confort, Seguridad Clínica y Autonomía-Autocuidado, y una cuarta dimensión para los ítems que no pertenecían a ninguna de las anteriores y sí a todas en su conjunto. La respuesta a cada ítem se evaluó mediante escala likert: nunca (1), alguna vez (2), a veces (3) y siempre (4). El valor global de la escala y de cada una de sus dimensiones se estimó hallando el valor medio de los ítems respondidos (rango 1-4), de forma que a mayor puntuación, mayor nivel de aprendizaje de cuidados. El cuestionario fue diseñado para ser autoadministrado.

**Prueba piloto.** El pilotaje inicial se realizó con 180 estudiantes de Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza y la Universidad del País Vasco. Todas las personas participaron de forma voluntaria y sin ningún tipo de compensación. Además de la respuesta a la herramienta propuesta, los participantes añadieron su edad, sexo, universidad en la que cursan sus estudios y en qué centros y servicios habían realizado sus prácticas clínicas. Estas respuestas se recodificaron posteriormente en servicios ambulatorios, de hospitalización, de larga estancia y servicios especiales.

La fiabilidad de la herramienta se determinó mediante la exploración de la consistencia interna del global de la escala y de cada una de las dimensiones teóricas, mediante prueba alfa de Cronbach, aceptando valores de significación de 0.70 o superiores como indicador de buena consistencia interna.<sup>19</sup>

Para conocer la estructura de test y confirmar o rechazar las dimensiones teorizadas, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) mediante dos mediciones: prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y test de esfericidad de Bartlett. Si  $KMO \geq 0,75$  o test de esfericidad significativo ( $p < 0,05$ ) se realizaría un análisis factorial con rotación Varimax.<sup>20</sup>

Para medir la influencia de las condiciones de los alumnos (edad, sexo, universidad, centros y servicios de prácticas) sobre los resultados del cuestionario se realizó un análisis inferencial de la escala global y de las dimensiones teóricas mediante test de comparación de medias, atendiendo a criterios de normalidad: prueba t de Student o U de Mann-Whitney para las variables dicotómicas (universidad y sexo respectivamente), prueba ANOVA con test post-hoc de Bonferroni para los servicios de prácticas, e índice de correlación de Pearson para la edad. El nivel de significación exigido para todas las pruebas realizadas fue de 0,05. El análisis estadístico se realizó con el software IBM SPSS 22.0. Como criterio de inclusión se consideró la respuesta a todos los ítems y preguntas realizadas, excluyendo todos los cuestionarios con ítems en blanco.

**Consulta a expertos:** validación de contenido. Para realizarla se recogió la opinión de 10 profesionales expertos, del ámbito docente-investigador y asistencial, mediante la técnica de grupo focal. Se solicitó a los participantes que ubicaran cada uno de los ítems en una de las tres dimensiones teóricas del cuidado: Bienestar (B), Seguridad

Clínica (SC) y Autonomía (A). También se aceptó que considerasen como mixtos aquellos ítems que a su juicio pudieran corresponder a más de una dimensión, en cuyo caso deberían especificar la predominancia de una sobre otra (no se consideraba igual un ítem mixto B+SC que uno SC+B), o incluso como ítems generales, aquellos que correspondían a las tres dimensiones simultáneamente. Por otro lado, se solicitó que realizaran un análisis semántico de cada uno de los ítems, señalando aquellos aspectos que pudieran suscitar dudas, así como de la escala en su conjunto, señalando aquellos ítems que pudieran resultar redundantes. A partir de este análisis, se solicitaron las sugerencias de modificación y eliminación de ítems que considerasen oportunas.

## Resultados

**Estudio piloto.** La muestra la formaron 24 (13,3%) hombres y 156 (86,7%) mujeres, con una edad media de 21,9 años ([DE]=5,4; rango: 18-53). De ellos, 94 (52,2%) estudiaban tercer curso de grado en la Universidad del Zaragoza y 86 (47,8%) segundo curso en la Universidad el País Vasco. Los servicios en los que habían realizado sus prácticas fueron: en servicios de hospitalización 60 alumnos (33,3%), en unidades de larga estancia 29 (16,1%) y en servicios especiales 91 (50,6%).

Todos los alumnos cumplimentaron el cuestionario en menos de 10 minutos. No se encontraron cuestionarios con ítems en blanco por lo que se incluyeron todos en el análisis. El análisis de fiabilidad del global de la escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach reportó un resultado de  $\alpha=0,888$  oscilando entre 0,881 y 0,891 a la eliminación de ítems. Posteriormente se analizaron las dimensiones individualmente. La dimensión "bienestar" reportó un  $\alpha=0,743$ , valor que oscilaría entre 0,719 y 0,751 a la eliminación de ítems. La dimensión "seguridad clínica" reportó un  $\alpha=0,524$ , oscilando entre 0,438 y 0,512 ante la eliminación de ítems. La dimensión "autonomía" reportó un  $\alpha=0,843$ , oscilando entre valores 0,815 y 0,841 al eliminar ítems. Para los ítems de dimensión general, se reportó un

coeficiente  $\alpha=0,780$ . En el análisis por elementos, se reportó una variabilidad entre 0,725 y 0,825 a la eliminación de ítems.

En el AFE se obtuvo un valor de KMO=0,785 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ( $p<0,001$ ), por lo que se realizó el análisis factorial con rotación Varimax, en el que 14 componentes obtuvieron valores  $>1$ , explicando un 66% de la varianza.

Ninguna de las variables independientes analizadas reportó diferencias significativas con la puntuación global del cuestionario. En el análisis por dimensiones encontramos una correlación positiva estadísticamente significativa entre la edad y la puntuación de la dimensión de autonomía (Pearson=0,150;  $p<0,05$ ). Respecto al sexo, las mujeres otorgan una puntuación media significativamente más alta a los ítems de seguridad ( $p<0,01$ ). También se observa que los estudiantes de la Universidad de Zaragoza dan puntuación significativamente superior a los ítems de seguridad ( $p<0,01$ ) y autonomía ( $p<0,05$ ) (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados presentados en forma de Media (DE) para cada variable cualitativa

		Total	p	Bienestar	p	Seguridad	p	Autonomía	p
Edad		0,125 <sup>1</sup>	0,94	0,123 <sup>1</sup>	0,099	0,006 <sup>1</sup>	0,937	0,150 <sup>1</sup>	<0,05
Sexo	Hombre	3,25 (0,36)	0,335 <sup>2</sup>	3,43 (0,32)	0,970 <sup>2</sup>	3,56 (0,37)	<0,01 <sup>2</sup>	2,81 (0,58)	0,247 <sup>2</sup>
	Mujer	3,19 (0,30)		3,43 (0,28)		3,33 (0,39)		2,66 (0,60)	
Universidad	Zaragoza	3,22 (0,30)	0,265 <sup>3</sup>	3,43 (0,28)	0,978 <sup>3</sup>	3,46 (0,33)	<0,01 <sup>3</sup>	2,78 (0,57)	<0,05 <sup>3</sup>
	País Vasco	3,17 (0,31)		3,43 (0,29)		3,25 (0,42)		2,58 (0,62)	
Servicio	Hospitalización	3,13 (0,33)	0,061 <sup>4</sup>	3,37 (0,31)	<0,01 <sup>4</sup>	3,24 (0,43)	<0,01 <sup>4</sup>	2,56 (0,66)	0,136 <sup>4</sup>
	Larga estancia	3,28 (0,22)		3,57 (0,18)		3,27 (0,42)		2,70 (0,55)	
	Servicios Especiales	3,22 (0,31)		3,42 (0,28)		3,47 (0,33)		2,76 (0,57)	

1: Índice de correlación de Pearson; 2: U de Mann-Whitney; 3: T de Student; 4: Test ANOVA

Con relación a los servicios, se encontró que los alumnos que las habían realizado en servicios de larga estancia reportaron mayor puntuación para la dimensión "bienestar" respecto a aquellos que las realizaron en servicios de hospitalización ( $p<0,01$ ), así como en servicios especiales ( $p<0,05$ ). Asimismo, el alumnado que realizó sus prácticas en servicios especiales, puntuó de forma más elevada respecto a aquellos que las realizaron en servicios de hospitalización ( $p<0,01$ ) así como respecto a quienes las realizaron en servicios de larga estancia ( $p<0,05$ ) (Tabla 2).

**Grupo de expertos.** El análisis del grupo de expertos indicó que ninguno de los ítems analizados puede enmarcarse en una dimensión concreta, dado que todos los ítems recibieron la respuesta de poder enmarcarse en más de una dimensión. 22 de ellos se reportaron como ítems que podrían considerarse tanto en la dimensión de bienestar como en la de seguridad clínica. 9 podrían enmarcarse tanto en la dimensión de bienestar como en la de autonomía. 4 ítems se consideraron en las dimensiones de seguridad clínica y autonomía. 9 de ellos se consideraron como pertenecientes a las tres dimensiones simultáneamente. Posteriormente, se realizó el análisis semántico de los ítems, mediante el cual se eliminaron 17 ítems de la escala por considerarlos redundantes, no procedentes o de difícil comprensión para el alumnado. Así, la escala definitiva (Tabla 3) se redujo de 45 ítems a un total de 28.

## Discusión

La realización de este trabajo ha permitido validar la estructura y contenido del cuestionario elaborado. Es un cuestionario de fácil y rápida cumplimentación, que mide el aprendizaje de los cuidados como una única dimensión, la cual ha demostrado tener una alta consistencia interna y una buena correlación entre sus elementos. Asimismo, ha sido considerada por los expertos como una herramienta válida para la evaluación por parte del profesor del aprendizaje adquirido durante las prácticas,

Tabla 2. Resultados de test post-hoc de Bonferroni para diferencias entre medias en diferentes servicios

Servicio	Total	p	Bienestar	p	Seguridad	p	Autonomía	p
Hospitalización	3,13 (0,33)	0,079	3,37 (0,31)	<0,01	3,24 (0,43)	1,000	2,56 (0,66)	0,907
Larga estancia	3,28 (0,22)		3,57 (0,18)		3,27 (0,42)		2,70 (0,55)	
Hospitalización	3,13 (0,33)	0,257	3,37 (0,31)	0,892	3,24 (0,43)	<0,01	2,56 (0,66)	0,140
Servicios Especiales	3,22 (0,31)		3,42 (0,28)		3,47 (0,33)		2,76 (0,57)	
Larga estancia	3,28 (0,22)	0,917	3,57 (0,18)	<0,05	3,27 (0,42)	<0,05	2,70 (0,55)	1,000
Servicios Especiales	3,22 (0,31)		3,42 (0,28)		3,47 (0,33)		2,76 (0,57)	

así como para la autoevaluación de dichas prácticas por los propios alumnos.

El número de estudiantes se consideró suficiente, con una participación de 4 personas por ítem, cifra en el rango propuesto (2-10 participantes por ítem) por otros autores para pilotajes de nuevas herramientas.<sup>19</sup> El AFE de la herramienta concuerda con lo reportado en el grupo de expertos, determinando que no existen ítems que se correspondan exclusivamente con alguna de las tres dimensiones propuestas inicialmente. Estos resultados llevaron a proponer que la herramienta es de carácter unidimensional. Las diferencias observadas en alguna de las dimensiones propuestas, pueden deberse a que los alumnos de Euskadi estaban cursando el segundo curso y los de Zaragoza el tercero. Sin embargo, estas diferencias se consideran poco relevantes tras la realización del grupo de expertos, dado que no existe correspondencia entre los ítems y la estructura factorial propuesta teóricamente. Además, se ha constatado que esta es una herramienta fiable para la evaluación del alumno ya que sus resultados no se modifican en función de variables como edad, sexo, universidad o servicios en los que realiza las prácticas, haciéndola adecuada para la evaluación cualquier alumno o alumna. Tras la discusión del grupo de expertos, solo se tomó en consideración la consistencia interna aplicable al global de la herramienta, considerándose esta como buena, por encontrarse por encima de 0,7.

La reducción de la escala confirmó lo que de manera informal habían indicado los estudiantes, que había preguntas repetitivas. Esta impresión la habíamos tenido al utilizar el cuestionario Care-Q para estudiar la percepción de la calidad de los cuidados de las enfermeras.<sup>21</sup> Posiblemente esto tiene que ver con las diferencias culturales que se reflejan en el idioma. Por ello, la escala actual validada puede resultar más operativa y eficaz para el alumnado de lengua española.

La evaluación del aprendizaje desde una nueva perspectiva, integrando los cuidados no solo técnicos, sino también los emocionales y relacionales, se encuentra en la línea de la corriente holística de los cuidados.<sup>22,23</sup> Contar con las dimensiones de bienestar, seguridad clínica y autocuidado-autonomía es semejante al enfoque de la Enfermería holística de “body, mind, spirit”. Sin embargo, presenta algunas diferencias al no tomar de partida la dicotomía cuerpo-mente a la que se añade el espíritu. El enfoque propuesto, englobando las tres

**Tabla 3.** Ítems recogidos en la versión final de la escala

1.	Me presento al paciente y/o le explico lo que le voy a hacer
2.	Pregunto al paciente como prefiere que lo llame
3.	Soy calmada/o
4.	He proporcionado buen cuidado físico al paciente y vigilado el dolor
5.	He procurado medidas básicas de confort, tales como posición, iluminación adecuada, control de ruido o ropa adecuada entre otras
6.	He visitado al paciente sin esperar a que me llamase
7.	He animado al paciente a que llame si tiene problemas
8.	Cuando cuido, me concentro solo en un/a único paciente
9.	Ofrezco al paciente alternativas razonables, tales como elección del tiempo para las citas, tiempo para el aseo, paseo, entre otras
10.	Verifico con el paciente sus percepciones antes de iniciar cualquier intervención; por ejemplo si veo que esta ofuscado con el tratamiento lo hablo con el paciente antes de hablar al respecto con el médico
11.	Acepto que el paciente es el que mejor se conoce y lo incluyo siempre que es posible, en el plan de cuidados
12.	Permito al paciente expresar sus temores acerca de su enfermedad y tratamiento, y manejo la información confidencialmente
13.	He infundido ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente
14.	He tenido paciencia aún con los pacientes difíciles
15.	He tomado al paciente de la mano y lo he animado
16.	He escuchado al paciente
17.	He aplicado inyecciones, manipulado equipos de uso parenteral (sueros), aspiradores y otros equipos que haya en el servicio
18.	He administrado al paciente los tratamientos oportunamente
19.	Sé identificar signos de alarma y cuando debo llamar al médico
20.	He respondido rápidamente a la llamada del paciente
21.	Tengo en cuenta las necesidades del paciente, planeo y actúo en consecuencia, por ejemplo, administro cuidados naturales o modifico dosis prescritas de un fármaco si se precisa
22.	Preveo que las “primeras veces” son las más difíciles y pongo atención especial al paciente
23.	He explicado al paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de los cuidados de su enfermedad
24.	He enseñado al paciente a cuidar de sí mismo en lo posible
25.	He sugerido al paciente las preguntas que puede formularle a su médico
26.	He involucrado a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado
27.	He informado al paciente sobre los sistemas de ayuda disponibles, tales como los grupos de auto-ayuda o los pacientes con enfermedades similares
28.	Mi vestuario me identifica como enfermera/o estudiante en prácticas

dimensiones de la enfermería holística, creemos que se adopta mejor a nuestro entorno: (1) La seguridad clínica es la vigilancia activa de la evolución clínica y la detección precoz de nuevos signos y síntomas. (2) El Autocuidado es la autonomía, el empoderamiento de la persona enferma y de sus cuidadores; es también la oportunidad que tiene la enfermera de que las personas con sus dolencias y enfermedades aprovechen para realizar cambios saludables en su vida. (3) El bienestar es el compendio de sentirse bien, seguro, confortable, escuchado, es el pegamento amoroso de cuidado. Por ello, la escala CIBISA es una herramienta distinta las propuestas

anteriormente y útil para la evaluación del alumnado.

Este trabajo presenta algunas limitaciones. Por un lado, se encontró una ausencia de concordancia entre el modelo teórico propuesto de tres dimensiones del cuidado y la única dimensión de la escala. Sin embargo, creemos que esta discrepancia no le resta utilidad pedagógica. Por otro lado, a pesar del tamaño muestral adecuado, el alumnado incluido en este trabajo solo corresponde a dos universidades españolas. La ausencia de escalas similares impide reportar validez convergente con un estándar de oro. Dado que la realización del trabajo enfermero depende del currículum

académico y de la legislación vigente en cada país, la herramienta debería someterse a juicio de expertos previamente a su utilización en otros países.

### Conclusiones

El cuestionario CIBISA resulta útil para la evaluación del aprendizaje del alumnado. Disponer de un instrumento para evaluar el aprendizaje de los cuidados a partir de la experiencia clínica permite, tanto a alumnado como al profesorado, objetivar los progresos del aprendizaje en cuidados más allá de la pericia técnica. Utilizar este instrumento puede permitir al estudiante la comparación del aprendizaje en los diferentes servicios en los que realiza prácticas, pudiendo servir además como herramienta de orientación en la toma de decisiones sobre su futura carrera profesional. Por su parte, el personal docente de prácticas puede encontrar en esta escala una herramienta que le ayude a orientar la estancia de los estudiantes hacia aspectos considerados importantes según el tipo de servicio. Por otro lado, puede permitir la comparación entre estudiantes de diversos centros o cursos académicos, pudiendo resultar de utilidad en la detección de necesidades de aprendizaje, y de esta manera coordinar los diferentes turnos rotatorios de prácticas clínicas.

No obstante, resulta necesario ampliar este estudio con muestras mayores provenientes de diferentes universidades, e incluir herramientas que puedan aportar mayor validez convergente o divergente a la escala propuesta.

### Bibliografía

1. Germán Bes, Concha; Orkaizagirre Gomara, Aintzane; Huércanos Esparza, Isabel; Hueso Navarro, Fabiola. ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad? A propósito del caso de María. *Index de Enfermería* 2015; 24(3). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v24n3/9733.php> [acceso: 24/09/2015].
2. González, Julia; Wagenaar, Robert. Tuning Educational Structures in Europe II: La contribución de las universidades al Proceso de Bolonia. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto; 2006.
3. Beneitone, Pablo; Esquetini, César; Gonzales, Julia; Maletá, Maida Marty; Siufi, Gabriela; Wagenaar, Robert. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe final - Proyecto Tuning -América Latina 2004-2007. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto; 2007.
4. Heredia Galán, M<sup>a</sup> de la Villa; Sánchez Arenas, Eduardo; Collado Jiménez, Miguel J.; Viedma Romero, M<sup>a</sup> Ángeles; Expósito Torres, Manuela; Lucas Bustos, Pedro. Eficacia de un programa de intervención enfermera, a través de la Educación Sanitaria en grupo, en pacientes hipertensos mal controlados en el ámbito de Atención Primaria de Salud. *Rev Paraninfo Digital*, 2012; 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/059o.php> [acceso: 24/09/2015].
5. Paricio Royo, Javier. Un modelo de guía docente desde los resultados de aprendizaje y su evaluación. Zaragoza: Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Zaragoza; 2010.
6. Albi García, Josefina; Caamaño Vaz, María Dolores; García López, Fernando; Abad Bernardo, María Ángeles; Fernández Vaca, Cristina; Benavente Sanguino, María José. Desarrollo de un instrumento de evaluación de las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería. *Enferm Clin*. 2003; 13(3): 146-53.
7. Gallego Izquierdo, Tomás; Pecos Martín, Daniel. Evaluación de programas de prácticas clínicas. Barcelona: Editorial Médica Jims; 2011.
8. González Chordá, Víctor; Salas Medina, Pablo; Juan i Porcar, María; Ors Montenegro, Asunción; Bou Estelles, Joan; Guillermon Gimeno, M<sup>a</sup> Lledo; Mena Tudela, Desire. Guía de prácticas clínicas. Castellón: Universidad Jaume I de Castellón; 2012.
9. Celma, Matilde; González, Pilar; De la Rosa, Mamalia. Evaluación de los alumnos de Enfermería quirúrgica I. Prácticas clínicas hospitalarias. *Enferm Clin*. 2004; 14(4): 210-222.
10. Arribas Marín, Juan. Hacia un modelo causal de las dimensiones del estrés académico en estudiantes de Enfermería. *Revista de Educación* 2013; 360: 533-56.
11. Zupira Gorostidi X, Uranga Iturriotz MJ, Alberdi Erize MJ, Barandiaran Lasa M. Kezkak: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gac Sanit*. 2003; 17(1): 37-51.
12. Lora López, Pilar; Zafra Fernández JR; Coronado Carvajal, P; Vacas Diaz C. Una experiencia sobre la utilización del diario reflexivo como instrumento de seguimiento y evaluación de las prácticas hospitalarias del alumnado de enfermería. *Enfermería global* 2008; 7(12). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/1351/2911> [acceso: 24/09/2015].
13. Lledó, Lourdes; Fernández-Iriarte, M<sup>a</sup> Carmen; Saz, Jose Vicente; De Pablo, Raul; Gómez-Carrasco, Jose Angel; Manzano, Luis. Formación en la Prueba ECOE: evaluación clínica objetiva estructurada. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares; 2013.
14. Larsson, Patricia J. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. San Francisco: University of California; 1981.
15. Bautista, Luz Marina. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichán* 2008; 8-8(1):74-84.
16. Gómez Ramírez, Olga Janneth; Daza C, Luis Antonio; Zambrano Caro, Vladimir Mauricio. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. *Av. Enferm*. 2008; XXVI(1): 85-96.
17. Cárdenas Jiménez, Olga Lilliana; Castro Herrera, Adriana Milena; Guevara Rojas, Ely Jinneth; Rojas Cifuentes, Lisseth Alejandra. Estudio piloto de la validación del cuestionario Care-Q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. [Trabajo de Grado]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2008.
18. Huércanos Esparza, Isabel. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. *Biblioteca Lascasas* 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php> [acceso: 24/09/2015].
19. ArgimónPallás, Josep Maria; Jiménez Villa, Josep. Métodos de investigación: clínica y epidemiológica. Madrid: Elsevier, 2013 (4<sup>a</sup> ed.).
20. Martínez-González, Miguel A; Sánchez-Villegas, Almudena; Faulín Fajardo, Francisco Javier (editores). *Bioestadística amigable*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2006 (2<sup>a</sup> ed.).
21. Callen Galindo, Marta. El cuidado invisible desde una doble perspectiva, la de pacientes y enfermeras. [Trabajo Fin de Máster]. Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/8784/files/TAZ-TFM-2012-703.pdf> [acceso: 24/09/2015].
22. Dossey, Barbara Montgomery; Keegan, Lynn. *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. Burlington: American Holistic Nurses Association, 2013 (6<sup>a</sup> ed.).
23. Blázquez Ornat, Isabel; Urcola, Fernando; Ruiz de Viñaspre, Regina; Germán-Bes, Concha. Experiencias sobre el aprendizaje clínico del alumnado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza (España). *Index de Enfermería* 2017; 26(1-2): 87-90.



## FUNDACION INDEX

CENTRO DE GESTION DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO

La Fundación Index te ayuda en tu desarrollo profesional: bases de datos bibliográficas, revista *Index de Enfermería*, hemeroteca digital Cantárida, biblioteca virtual, Observatorio de la Enfermería Basada en la Evidencia, Laboratorio de Investigación Cualitativa, Campus virtual, Escuela de Investigadores, Red de historia y pensamiento enfermero, indicadores bibliométricos...

[www.index-f.com](http://www.index-f.com) - [secretaria@ciberindex.com](mailto:secretaria@ciberindex.com) - 958-293304

PREMIO  
**medes**  
medicina en español



RECONOCIMIENTO  
**AGM**