

Carlos Navas Ferrer

Propiedades de la escala cibisa en diferentes contextos de aprendizaje y evaluación en cuidados de enfermería

Director/es

Urcola Pardo, Fernando
Germán Bés, Concepción

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

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606

Tesis Doctoral

PROPIEDADES DE LA ESCALA CIBISA EN
DIFERENTES CONTEXTOS DE APRENDIZAJE Y
EVALUACIÓN EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autor

Carlos Navas Ferrer

Director/es

Urcola Pardo, Fernando
Germán Bés, Concepción

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud y del Deporte

2022



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

PROPIEDADES DE LA ESCALA CIBISA EN
DIFERENTES CONTEXTOS DE APRENDIZAJE Y
EVALUACIÓN EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autor

Carlos Navas Ferrer

Director/es

Concepción Germán Bes
Fernando Urcola Pardo

Facultad de Ciencias de la Salud
2022

*A Blanca y Marian, enfermeras de mi vida,
que me muestran cada día el verdadero significado de cuidar*

AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias a Concha Germán Bes y a Fernando Urcola Pardo por aceptar la dirección de esta tesis doctoral y guiarme en este camino con su sabiduría y consejos.

Gracias también a las personas integrantes del Grupo Aurora Mas de Investigación en Cuidados e Historia, con las que he compartido parte de este recorrido, especialmente a Loli Torres Enamorado y Ana Belén Subirón Valera, por su generosidad, su ayuda y sus aportaciones a este trabajo.

Mi agradecimiento a todas aquellas personas que, de manera anónima y desinteresada, han colaborado en el desarrollo de esta tesis, en especial al alumnado y el profesorado, que con su participación han posibilitado la realización de este trabajo.

Agradezco a mi familia y amigos, a los que les he dedicado menos tiempo a lo largo de estos años, su apoyo incondicional y constante. A mis padres, Francisco y Marian, que, además de leer el manuscrito y ofrecerme sus sugerencias y observaciones, me han inspirado el ánimo y la confianza necesarios. A mi hermano, Guillermo, por estar ahí, aún en momentos difíciles.

Por último, mi más sincero agradecimiento a Blanca, mi mujer, y a mis hijos, Jorge y Mara, por su ayuda, paciencia, cariño y comprensión.

Si bien a lo largo de la redacción de este documento se ha tratado de utilizar una aproximación gramatical lo más neutra posible, a los efectos de evitar la excesiva redundancia todas las denominaciones que, en virtud del principio de economía del lenguaje, se han hecho en género masculino inclusivo, referidas a personas y colectivos de personas, se entenderán realizadas tanto en género femenino como en masculino. Como excepción al uso del género masculino inclusivo, se utilizó el término 'Enfermera' o 'Enfermeras' para referirse tanto a las enfermeras como a los enfermeros.

RESUMEN

El contexto educativo en el que se ubica la disciplina enfermera y, por lo tanto, el aprendizaje en cuidados en España ha sido muy variable y rezagado respecto al desarrollo de la disciplina en otros países. En este sentido, uno de los momentos clave, junto con la inclusión definitiva de la formación en el ámbito universitario en 1977, fue la adaptación de las titulaciones universitarias al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Este proceso supuso grandes cambios en el modelo de enseñanza-aprendizaje y en los sistemas de evaluación. El nuevo paradigma, centrado en el aprendizaje, pretende dirigir la atención a otras dimensiones formativas que van más allá de la tradicional acumulación de conocimientos.

Uno de los cambios propuestos en este nuevo marco educativo ha consistido en centrar el interés en que el alumno adquiera competencias. Esto implica que el profesorado universitario se enfrenta al reto de hallar herramientas que permitan evaluar el aprendizaje y la adquisición de competencias en cuidados con la dificultad de poner en valor todos los elementos intangibles, pero imprescindibles, que implica la acción de cuidar.

Estos elementos intangibles se han denominado cuidados invisibles y se han definido como acciones de cuidados, orientadas fundamentalmente al bienestar físico, emocional y espiritual, que las enfermeras realizan intencionadamente, pero que no son registrables; y aquellas otras acciones que, siendo susceptibles de ser registradas, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los propios profesionales las hacen invisibles.

El objetivo principal de esta tesis doctoral es analizar la validez, fiabilidad y utilidad de la escala CIBISA, y sus adaptaciones, para evaluar el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles del alumnado de Grado de Enfermería en diferentes ámbitos evaluativos.

Para ello, se realizaron cuatro estudios con metodología mixta, cuantitativa y cualitativa. La población diana la constituyen los estudiantes de grado de enfermería. Además, en uno de los estudios

se contó con un grupo de docentes expertos que dieron a conocer su opinión acerca de la escala en contextos de simulación clínica.

La escala CIBISA, y sus adaptaciones, han demostrado ser instrumentos válidos, fiables y útiles para evaluar el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles en el alumnado de Grado de Enfermería en los diferentes ámbitos evaluativos en los que se ha utilizado.

La escala CIBISA ha mantenido, en los escenarios en los que se ha evaluado, sus características de unidimensionalidad y fiabilidad. Sin embargo, no se ha podido corroborar su independencia de variables como el centro educativo o la edad.

A pesar de su adecuada validez, fiabilidad y utilidad se han observado aspectos mejorables en la construcción de la escala, por lo que se ha elaborado una nueva propuesta corregida para su posterior validación.

Los Eventos Notables son una herramienta cualitativa que complementa la escala CIBISA aportando la subjetividad del alumnado y permitiendo la reflexión sobre algunas situaciones clínicas reseñables vividas durante las prácticas clínicas.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN, MARCO TEÓRICO DEL CUIDADO Y JUSTIFICACIÓN	27
1.1	INTRODUCCIÓN	29
1.1.1	<i>ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR, COMPETENCIAS Y EVALUACIÓN</i>	<i>29</i>
1.1.1.1	El Espacio Europeo de Educación Superior	29
1.1.1.1.1	Evolución histórica de la construcción del EEES (1988-2020).	30
1.1.1.1.2	Proyecto Tuning	36
1.1.1.1.3	La adopción del EEES en España.....	37
1.1.1.1.4	La formación universitaria en Enfermería en España en el marco del EEES.....	40
1.1.1.1.4.1	La formación universitaria en Enfermería en España antes del EEES (1915-2010).....	40
1.1.1.1.4.2	La formación universitaria en Enfermería en España en el EEES (2010-2020).....	45
1.1.2	<i>Las competencias.....</i>	<i>48</i>
1.1.3	<i>El aprendizaje práctico en Enfermería</i>	<i>56</i>
1.1.4	<i>Evaluación.....</i>	<i>61</i>
1.1.4.1	Evolución de la evaluación educativa hasta el EEES.....	61
1.1.4.2	La evaluación educativa en el EEES.....	64
1.1.4.3	Evaluación de la competencia clínica en educación sanitaria	66
1.1.4.4	Evolución de la evaluación en la formación universitaria en Enfermería en España	68
1.1.4.4.1	Algunos instrumentos para evaluar las competencias en situaciones de práctica clínica en la formación enfermera	70
1.1.4.4.1.1	Portafolio	70
1.1.4.4.1.2	Diario Reflexivo	72
1.1.4.4.1.3	La observación directa y las escalas de evaluación de competencias.....	73
1.1.4.4.1.4	Evaluación Clínica Objetiva Estructurada.....	76
1.1.4.4.1.4.1	Conceptos generales.....	76
1.1.4.4.1.4.2	ECOE en enfermería: características, validez y fiabilidad.....	78
1.1.4.4.1.5	Autoevaluación	89
1.2	MARCO TEÓRICO DEL CUIDADO	91
1.2.1	<i>El concepto de cuidado desde diferentes puntos de vista.....</i>	<i>91</i>
1.2.2	<i>La conceptualización del cuidado de Jean Watson y Patricia Benner.....</i>	<i>94</i>
1.2.2.1	Jean Watson.....	94
1.2.2.2	Patricia Benner.....	99
1.2.3	<i>Género y Enfermería</i>	<i>106</i>
1.2.4	<i>El marco conceptual desde el que entendemos el cuidado y la profesión enfermera</i>	<i>113</i>
1.2.4.1	El Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles.....	114
1.2.4.2	El Triángulo de los Cuidados	119
1.2.4.3	Atención plena y compasión como dimensiones del cuidado	120
1.3	JUSTIFICACIÓN	124

2	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	127
2.1	HIPÓTESIS.....	129
2.1.1	<i>Principal</i>	129
2.1.2	<i>Secundarias</i>	129
2.2	OBJETIVOS.....	131
2.2.1	<i>General</i>	131
2.2.2	<i>Específicos</i>	131
3	CONSIDERACIONES ÉTICAS GENERALES.....	133
4	ESTUDIO 1. CONSISTENCIA INTERNA Y VALIDEZ CONVERGENTE DE LA ESCALA CIBISA: ATENCIÓN PLENA Y AUTOCOMPASIÓN COMO MEDIADORES DEL APRENDIZAJE EN CUIDADOS.....	139
4.1	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	141
4.1.1	<i>Hipótesis</i>	141
4.1.2	<i>Objetivos</i>	141
4.2	METODOLOGÍA.....	141
4.2.1	<i>Diseño</i>	141
4.2.2	<i>Población y muestra</i>	141
4.2.3	<i>Variables</i>	142
4.2.4	<i>Instrumentos de recogida de datos</i>	143
4.2.5	<i>Procedimiento de recogida de datos</i>	145
4.2.6	<i>Análisis estadístico</i>	145
4.3	RESULTADOS.....	146
4.3.1	<i>Descripción de la muestra</i>	146
4.3.2	<i>Fiabilidad de las escalas</i>	146
4.3.3	<i>Correlaciones y comparaciones de grupos</i>	147
4.4	DISCUSIÓN.....	155
4.4.1	<i>Elección y fiabilidad de las escalas utilizadas</i>	155
4.4.2	<i>La escala CIBISA y las variables sociodemográficas y académicas</i>	158
4.4.3	<i>Aprendizaje en cuidados, atención plena y autocompasión</i>	159
4.4.4	<i>Limitaciones y propuestas</i>	165
5	ESTUDIO 2. LA ESCALA CIBISA Y LOS EVENTOS NOTABLES COMO INSTRUMENTOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL APRENDIZAJE EN CUIDADOS.....	169
5.1	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	171
5.1.1	<i>Hipótesis</i>	171
5.1.2	<i>Objetivos</i>	171
5.2	METODOLOGÍA.....	171
5.2.1	<i>Diseño</i>	171
5.2.2	<i>Población y muestra</i>	172
5.2.3	<i>Variables</i>	172
5.2.4	<i>Instrumentos de recogida de datos</i>	173

5.2.5	<i>Procedimiento de recogida de datos</i>	174
5.2.6	<i>Análisis de los datos</i>	176
5.3	RESULTADOS	177
5.3.1	<i>Descripción de la muestra</i>	177
5.3.2	<i>Fiabilidad de la escala CIBISA</i>	178
5.3.3	<i>Evolución de las puntuaciones de la escala CIBISA entre el inicio y el final de las prácticas</i>	179
5.3.4	<i>La escala CIBISA y las variables independientes</i>	180
5.3.5	<i>Los Eventos Notables: análisis de contenido, categorías y su relación con los ítems de la escala CIBISA y variables sociodemográficas y académicas</i>	180
5.3.5.1	Bienestar	184
5.3.5.2	Seguridad	197
5.3.5.3	Autonomía	202
5.3.5.4	Contexto de cuidados	203
5.3.5.5	Profesionalización	207
5.3.5.6	Reconocimiento	209
5.3.5.7	Emociones	210
5.3.5.8	Relación de los ítems de la escala CIBISA con las categorías del análisis de los Eventos Notables	212
5.3.5.9	Análisis de las categorías en función del sexo, el lugar de prácticas, la cohorte y la puntuación en la escala CIBISA	213
5.3.6	<i>El grupo de discusión</i>	217
5.4	DISCUSIÓN	222
5.4.1	<i>Fiabilidad de la escala CIBISA</i>	222
5.4.2	<i>La escala CIBISA</i>	222
5.4.3	<i>Los Eventos Notables</i>	224
5.4.4	<i>El grupo de discusión</i>	229
5.4.5	<i>Limitaciones y propuestas</i>	230
6	ESTUDIO 3. ANÁLISIS DE LA VALIDEZ Y LA UTILIDAD DE LA ESCALA CIBISA EN CONTEXTOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA	231
6.1	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	233
6.1.1	<i>Hipótesis</i>	233
6.1.2	<i>Objetivos</i>	233
6.2	METODOLOGÍA	233
6.2.1	<i>Diseño</i>	233
6.2.1.1	Fase I: adaptación de los ítems de la escala CIBISA original	233
6.2.1.2	Fase II: validación de contenido y utilidad de la escala CIBISA-Evaluadores	234
6.2.2	<i>Población y muestra</i>	234
6.2.3	<i>Variables</i>	234
6.2.4	<i>Instrumentos de recogida de datos</i>	236
6.2.5	<i>Procedimiento de recogida de datos</i>	237
6.2.6	<i>Análisis estadístico</i>	237

6.3	RESULTADOS	237
6.3.1	<i>Descripción del grupo de expertos</i>	237
6.3.2	<i>Validez y utilidad de la escala</i>	241
6.4	DISCUSIÓN.....	243
6.4.1	<i>Limitaciones y propuestas</i>	248
7	ESTUDIO 4. LA ESCALA CIBISA Y LOS EVENTOS NOTABLES COMO INSTRUMENTOS DE AUTOEVALUACIÓN EN UNA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE EN CUIDADOS DURANTE LA PANDEMIA POR LA COVID-19	251
7.1	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	253
7.1.1	<i>Hipótesis</i>	253
7.1.2	<i>Objetivos</i>	253
7.2	METODOLOGÍA.....	253
7.2.1	<i>Diseño</i>	253
7.2.2	<i>Población y muestra</i>	254
7.2.3	<i>Variables</i>	254
7.2.3.1	Variables del alumnado	254
7.2.3.2	Variables de los casos	255
7.2.4	<i>Instrumentos de recogida de datos</i>	257
7.2.5	<i>Procedimiento de recogida de datos</i>	259
7.2.6	<i>Análisis de los datos</i>	260
7.3	RESULTADOS.....	261
7.3.1	<i>Alumnado, la escala CIBISA-COVID y el aprendizaje en cuidados</i>	262
7.3.2	<i>Los casos</i>	266
7.3.3	<i>Los Eventos Notables: análisis de contenido, categorías y su relación con los ítems de la escala CIBISA-COVID y variables sociodemográficas y académicas</i>	272
7.3.3.1	Bienestar	273
7.3.3.2	Seguridad	278
7.3.3.3	Autonomía	284
7.3.3.4	Entorno de cuidados	290
7.3.3.5	Profesionalización	292
7.3.3.6	Reconocimiento	293
7.3.3.7	Emociones.....	294
7.3.3.8	Contacto.....	300
7.3.3.9	Efectos sobre la salud	303
7.3.3.10	Relación de los ítems de la escala CIBISA con las categorías del análisis de los Eventos Notables	304
7.3.3.11	Análisis de las categorías en función del sexo, la universidad y la puntuación en la escala CIBISA	305
7.4	DISCUSIÓN.....	308
7.4.1	<i>Aspectos contextuales</i>	308
7.4.2	<i>Fiabilidad y estructura de la escala CIBISA-COVID</i>	311
7.4.3	<i>La escala CIBISA-COVID y el aprendizaje en cuidados</i>	312
7.4.4	<i>Los Eventos Notables</i>	312

7.4.5	Los casos	318
7.4.6	Limitaciones y propuestas.....	319
8	DISCUSIÓN GENERAL.....	321
8.1	VALIDEZ DE CONSTRUCTO (CONVERGENTE) Y VALIDEZ DE CRITERIO (CONCURRENTE)	323
8.2	FIABILIDAD DE LA ESCALA CIBISA	325
8.3	INFLUENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS EN LOS VALORES MEDIOS DE LA ESCALA CIBISA Y SENSIBILIDAD A LOS CAMBIOS.....	326
8.4	LOS EVENTOS NOTABLES	327
8.5	LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS	332
8.6	QUÉ NECESITA LA ESCALA CIBISA.....	333
8.7	RECOMENDACIONES DE USO DE LA ESCALA	334
8.8	PROYECTOS PARALELOS, PUBLICACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE TRABAJO.	335
9	CONCLUSIONES	337
10	BIBLIOGRAFÍA.....	341
11	ANEXOS.....	397
11.1	ANEXO I. HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS ESTUDIOS 2, 3 Y 4.....	399
11.2	ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ESTUDIOS 2, 3 Y 4	403
11.3	ANEXO III. ESCALA CIBISA	404
11.4	ANEXO IV. VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA <i>MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE</i> (MAAS)	405
11.5	ANEXO V. VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA <i>SELF-COMPASSION SCALE-SHORT FORM</i> (SCS-SF)	406
11.6	ANEXO VI. CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS EN EL ESTUDIO 1	407
11.7	ANEXO VII. INSTRUCCIONES PARA ELABORAR LOS EVENTOS NOTABLES EN EL ESTUDIO 2	408
11.8	ANEXO VIII. CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS EN EL ESTUDIO 2	409
11.9	ANEXO IX. ESCALA CIBISA-EVALUADORES	410
11.10	ANEXO X. CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA CIBISA EN SITUACIONES DE SIMULACIÓN CLÍNICA	411
11.11	ANEXO XI. CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS DEL ALUMNADO EN EL ESTUDIO 4	416
11.12	ANEXO XII. ESCALA CIBISA-COVID	417
11.13	ANEXO XIII. INSTRUCCIONES PARA ELABORAR LOS EVENTOS NOTABLES EN EL ESTUDIO 4.....	418
11.14	ANEXO XIV. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE CUIDADOS DE LA PERSONA ATENDIDA EN EL ESTUDIO 4.....	419
11.15	ANEXO XV. ESCALA DE GRAVEDAD SINTOMÁTICA	421
11.16	ANEXO XVI. ESCALA DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS.....	422
11.17	ANEXO XVII. ESCALA DE SOBRECARGA PSICOLÓGICA.....	423
11.18	ANEXO XVIII. LA ESCALA CIBISA: NUEVA PROPUESTA	424
11.19	ANEXO XIX. LISTADO DE ARTÍCULOS, PONENCIAS Y COMUNICACIONES DERIVADOS DE LOS TRABAJOS REALIZADOS PARA ESTA TESIS DOCTORAL.....	425

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1	32
Tabla 1-2	33
Tabla 1-3	38
Tabla 1-4	51
Tabla 1-5	53
Tabla 1-6	54
Tabla 1-7	54
Tabla 1-8	55
Tabla 1-9	56
Tabla 1-10	58
Tabla 1-11	65
Tabla 1-12	68
Tabla 1-13	74
Tabla 1-14	78
Tabla 1-15	80
Tabla 1-16	81
Tabla 1-17	96
Tabla 1-18	103
Tabla 1-19	104
Tabla 1-20	107
Tabla 1-21	118
Tabla 4-1	147
Tabla 4-2	148
Tabla 4-3	149
Tabla 4-4	150
Tabla 4-5	151
Tabla 4-6	152
Tabla 5-1	178
Tabla 5-2	179
Tabla 5-3	180
Tabla 5-4	182
Tabla 5-5	213
Tabla 5-6	215

Tabla 5-7	215
Tabla 5-8	216
Tabla 5-9	216
Tabla 5-10	218
Tabla 7-1	263
Tabla 7-2	264
Tabla 7-3	265
Tabla 7-4	268
Tabla 7-5	269
Tabla 7-6	270
Tabla 7-7	271
Tabla 7-8	271
Tabla 7-9	272
Tabla 7-10	305
Tabla 7-11	307
Tabla 7-12	307
Tabla 7-13	308

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-1	30
Figura 1-2	47
Figura 1-3	48
Figura 1-4	66
Figura 1-5	108
Figura 1-6	115
Figura 1-7	119
Figura 1-8	122
Figura 4-1	153
Figura 4-2	154
Figura 4-3	155
Figura 5-1	179
Figura 5-2	183
Figura 5-3	183
Figura 5-4	214
Figura 5-5	226
Figura 6-1	238
Figura 6-2	238
Figura 6-3	240
Figura 6-4	240
Figura 6-5	242
Figura 6-6	242
Figura 7-1	262
Figura 7-2	266
Figura 7-3	273
Figura 7-4	306
Figura 7-5	315
Figura 8-1	330

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ABP	Aprendizaje Basado en Problemas.
AFE	Análisis Factorial Exploratorio.
ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
ANOVA	Análisis de la Varianza (por su acrónimo en inglés <i>Analysis Of Variance</i>).
ATS	Ayudante Técnico Sanitario.
CAI	<i>Caring Ability Inventory</i> .
Care-Q	Escala Care-Q.
CAT-V	<i>Caring Assessment Tool-V</i> .
CBA	<i>Caring Behaviors Assessment Tool</i> .
CDR	Disposiciones Cognitivas para Responder (por sus siglas en inglés <i>Cognitive Dispositions to Respond</i>).
CE	Comisión Europea.
CECOP	Comportamientos de las enfermeras relacionados con su forma de comunicación observada por los pacientes.
CES	<i>Caring Efficacy Scale</i> .
CI	Consistencia interna.
CIBISA	Cuidados Invisibles, Bienestar, Seguridad y Autonomía (referido a la escala o al proyecto con el mismo nombre).
CIP	Código de Identificación Personal.
CIPP	Contexto, <i>Input</i> , Proceso, Producto.
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria.
CNDE	Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería.
COVID-19	Enfermedad por coronavirus 2019 (por su acrónimo en inglés <i>Coronavirus Disease 2019</i>).
CNPI	<i>Caring Nurse Patient Interactions Scale</i> .
CRV	Validez de criterio (por sus siglas en inglés <i>Criterion validity</i>).
CV	Validez de contenido (por sus siglas en inglés <i>Content and face validity</i>).
CVI	Índice de validez de contenido (por sus siglas en inglés <i>Content Validity Index</i>).
DE	Desviación estándar.
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería.
EBPC	Evaluación basada en ordenador.
EC	Evaluación clínica habitual.

ECG	Electrocardiograma.
ECOE	Evaluación Clínica Objetiva Estructurada.
ECOECE	Evaluación Clínica Objetiva Estructurada de Cuidados de Enfermería.
ECOEnf	Escala de Evaluación de competencias para el Grado en Enfermería.
ECTS	<i>European Credits Transference System.</i>
EECEE	Escala de evaluación de la conducta ética del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes.
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior.
E EI	Espacio Europeo de Investigación.
EEUU	Estados Unidos de América
EIR	Enfermera Interna Residente.
EPA	Enfermería de Práctica Avanzada.
EPC	Escala de Puntuación Categórica (tipo <i>Likert</i>).
EPD	Escala de Puntuación Dicotómica (<i>check-list</i>).
EPI	Equipo de Protección Individual.
EQAR	Registro Europeo de Garantía de Calidad (por sus siglas en inglés <i>European Quality Assurance Register</i>).
ESG	Criterios y Directrices Europeos para el aseguramiento de la Calidad del Espacio Europeo de Educación Superior (por sus siglas en inglés <i>European Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area</i>).
ETS	Enfermedades de transmisión sexual.
EUE-SJD	Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla).
EVOE	Examen con Vídeo Objetivo Estructurado.
F	ANOVA de un factor.
f	Frecuencia.
FCCSS-UVA	Facultad de Ciencias de la Salud de Soria de la Universidad de Valladolid.
FCCS-UNIZAR	Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.
FEFP-US	Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.
FFP2	Mascarillas con filtro de protección personal (por sus siglas en inglés <i>Filtering Face Pieces</i>).
FPU	Ayuda para la Formación de Profesorado Universitario.
GCE	Guerra Civil Española.
Grupo AMAS	Grupo Aurora Mas de Investigación en Cuidados e Historia.
GT	Teoría de la Generalizabilidad (por sus siglas en inglés <i>Generalizability Theory</i>).

h	Hora.
I+D	Investigación y Desarrollo.
IC	Intervalo de confianza.
ICAS	<i>Interpersonal Communication Assessment Scale.</i>
ICC	Coeficiente de correlación intraclase (por sus siglas en inglés <i>Intraclass Correlation Coefficient</i>).
IRI	<i>Interpersonal Reactivity Index.</i>
IRR	Fiabilidad interobservador (por sus siglas en inglés <i>Interrater Reliability</i>).
ISR	Fiabilidad entre estaciones (por sus siglas en inglés <i>Interstation Reliability</i>).
ISS	Inventario de Situaciones Sociales.
JCR	<i>Journal Citation Reports.</i>
KI	Índice Kappa (por sus siglas en inglés <i>Kappa Index</i>).
KMO	Test de Kaiser-Meyer-Olkin.
N1	Nivel 1.
N2	Nivel 2.
N3	Nivel 3.
LCC	Coeficiente de concordancia de Lin (por sus siglas en inglés <i>Lin's Concordance Coefficient</i>).
MAAS	<i>Mindful Attention Awareness Scale.</i>
Máx	Máximo.
MBSR	Programa de Reducción del Estrés Basado en Atención Plena (por sus siglas en inglés <i>Mindfulness Based Stress Reduction</i>).
min/est	Minutos/estación;
Min	Mínimo.
n.º	Número.
n	Tamaño de la muestra.
NCA	<i>Nyberg Caring Assessment.</i>
NIC	Clasificación de intervenciones de Enfermería (por sus siglas en inglés <i>Nursing Interventions Classification</i>).
NIC-CA	<i>Nursing Interactions in Caring-Competence Assessment.</i>
NSNS	<i>Newcastle Satisfaction with Nursing Scales.</i>
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
OE	Examen Oral (por sus siglas en inglés <i>Oral Examination</i>).
OME	Otros métodos de evaluación.

ONU	Organización de Naciones Unidas.
OSCA	<i>Objective Structured Clinical Assessment.</i>
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination.</i>
p	p-valor (significación).
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa (por sus siglas en inglés <i>Polymerase Chain Reaction</i>).
PECIE	Escala de Percepción de Cuidado Invisible Enfermero.
PIB	Producto Interior Bruto.
PINC-H	Perception of Invisible Nursing Care-Hospitalisation questionnaire.
PV	Valor Predictivo (por sus siglas en inglés <i>Predictive Value</i>).
r	Coefficiente de Correlación de Pearson.
RAE	Real Academia Española.
RGPD	Reglamento General de Protección de Datos.
RIC	Repercusión Inmediata Cuiden.
SA	Autoevaluación (por sus siglas en inglés <i>Self-Assessment</i>).
SARS-CoV-2	Coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (por sus siglas en inglés <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>).
SAT-SPS	<i>Student Assessment Tool for Standardized Patient Simulations.</i>
SCE	Examen de Simulaciones Clínicas (por sus siglas en inglés <i>Simulated Clinical Experiences</i>).
SCS-SF	<i>Self-Compassion Scale-Short Form.</i>
SESSEP	Sociedad Española de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente.
SJR	<i>SCImago Journal Rank.</i>
t	t de Student.
T	Tiempo.
TA	Tensión Arterial.
TAC	Tomografía Axial Computarizada.
TE	Evaluación teórica (por sus siglas en inglés <i>Theoretical Evaluation</i>).
TESEO	Base de datos de tesis doctorales del Gobierno de España.
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación.
TRR	Fiabilidad intraobservador (por sus siglas en inglés <i>Test-retest Reliability</i>).
U	Test de U de Mann-Whitney.
UCAM	Universidad Católica San Antonio de Murcia.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos.

UNIZAR	Universidad de Zaragoza.
UPP	Úlcera por presión.
UPV	Universidad del País Vasco.
UR	Universidad de La Rioja.
US	Universidad de Sevilla.
UVA-CS	Universidad de Valladolid-Campus de Soria.
WE	Examen escrito (por sus siglas en inglés (<i>Written Examination</i>)).
α	Alfa de Cronbach.
ρ	Coeficiente de Correlación de Spearman.
χ^2	Chi-cuadrado (Kruskal-Wallis).
%	Porcentaje.

1 INTRODUCCIÓN, MARCO TEÓRICO DEL CUIDADO Y JUSTIFICACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

1.1.1 ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR, COMPETENCIAS Y EVALUACIÓN

1.1.1.1 *El Espacio Europeo de Educación Superior*

La Unión Europea, en su proceso constitutivo, no contempló la regulación de la educación, dado que aquellos que diseñaron este proceso consideraron que esta debía seguir siendo responsabilidad de cada uno de los países miembro (Agudo Zamora y Milione, 2010).

Sin embargo, los procesos de globalización, que también afectan al contexto educativo (Germán Bes, 2006b), favorecieron el desarrollo, en la Unión Europea, de programas formativos internacionales como Erasmus, en 1987, Sócrates, en 1996 o Leonardo, en 1996 (Castro Yuste, 2014).

Fue en este contexto de movilidad y competitividad en el que en 1999 se inició el proceso de convergencia hacia un sistema educativo común, que perseguía una estructura universitaria comparable y competitiva, y que concluiría con la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

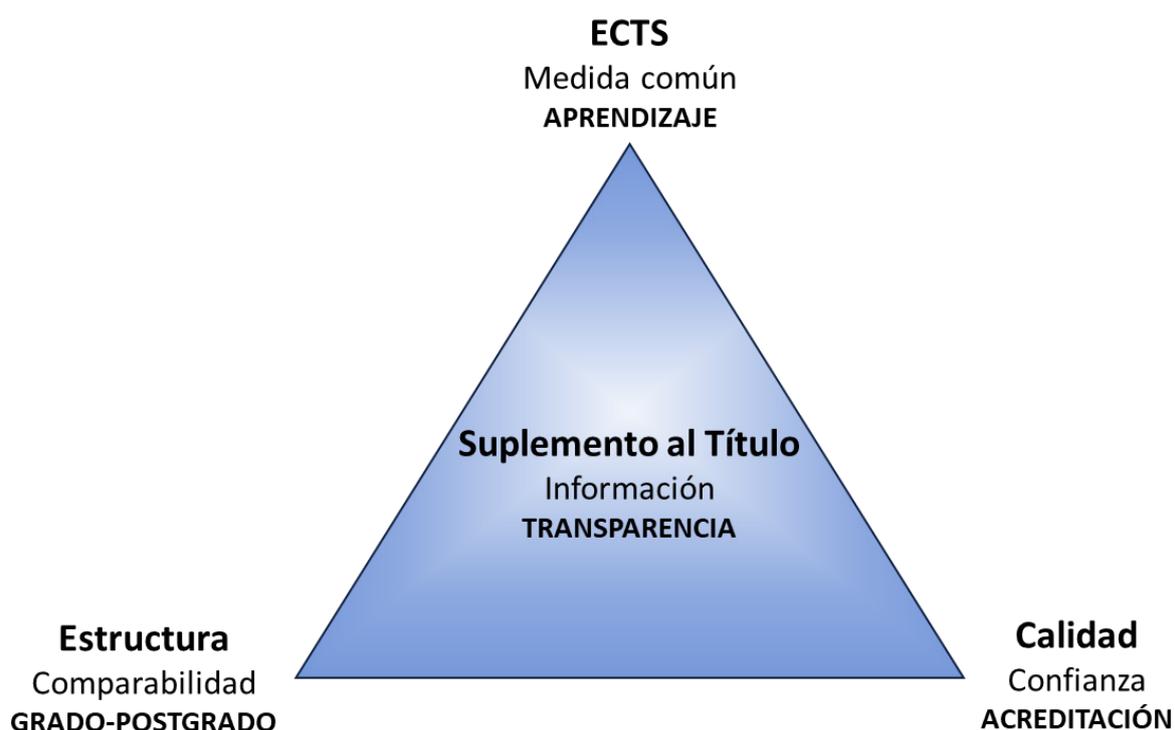
Los elementos que caracterizan este nuevo paradigma educativo son: la estructura de créditos *European Credits Transference System* (ECTS) con un valor de entre 25 y 30 horas de trabajo del estudiante; la enseñanza centrada en la adquisición de competencias por el alumnado, ubicado en el centro del proceso; la calidad acreditada y verificada de las titulaciones, los planes de estudios y el profesorado; la excelencia en los procesos; la movilidad académica; la importancia de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC); la constante adaptación al mercado laboral internacional; la transferencia del conocimiento al campo práctico y la apertura de la Universidad a todas las esferas de la sociedad (Germán Bes, 2006b; Giménez Andreu, 2014) (Figura 1-1).

Este nuevo modelo formativo responde a una concepción progresista del modelo de educación universitaria, caracterizado por una visión pragmática de la institución que vincula la

existencia de esta a la formación de profesionales que puedan dar respuesta a las necesidades demandadas por el mercado laboral y la sociedad. Este nuevo paradigma se impuso al modelo humanista que, con una orientación idealista, está regido por el deseo de saber y de conocer la realidad por parte del alumnado y donde el docente adquiere un rol de guía (Colomo Magaña y Esteban Bara, 2020).

Figura 1-1

Elementos claves del modelo de educación EEES



Nota: ECTS: *European Credits Transference System*. Adaptado de Castro Yuste (2014).

1.1.1.1.1 Evolución histórica de la construcción del EEES (1988-2020).

Con motivo del noveno centenario de la Universidad de Bolonia, más de 500 rectores de universidades europeas firmaron, el 18 de septiembre de 1988, la *Magna Charta Universitatum* (1988) en la que se establecieron los principios fundamentales que debían sustentar la universidad para contribuir a forjar el desarrollo cultural, científico y técnico de la humanidad al final del segundo milenio. Esta carta fue el anticipo de lo que más adelante se conoció como Proceso de Bolonia.

Diez años más tarde, la Declaración de la Sorbona (1998), firmada el 25 de mayo de 1998 por los ministros de educación de Francia, Alemania, Italia y Reino Unido, y la posterior Declaración de Bolonia (1999), suscrita los días 18-19 de julio de 1999 por los ministros responsables de la educación superior de 29 países europeos, fueron el inicio de un proceso de cooperación a nivel europeo, conocido como Proceso de Bolonia, que ha cambiado en gran medida el panorama de la educación superior (Comisión Europea [CE], 2015; García Manjón y Pérez López, 2008).

En estas declaraciones, los ministros europeos de educación instaron a los estados a desarrollar e implementar en sus países actuaciones relacionadas con: a) adoptar un sistema de titulaciones comparable y el suplemento al título; b) crear un sistema de titulaciones basado en dos ciclos principales (grado y posgrado); c) establecer un sistema común de créditos denominado ECTS; d) fomentar la movilidad de estudiantes y docentes; e) garantizar la calidad y desarrollar criterios y metodologías comparables; y f) promocionar la dimensión europea de la educación superior (Vidal Prado, 2012).

Posteriormente, en la Declaración de Praga (2001), se introdujeron líneas adicionales referidas al aprendizaje permanente y la dimensión social que pretende la igualdad de oportunidades para el acceso a los estudios superiores. También se incluyó el rol activo de los estudiantes en el proceso de convergencia y el desarrollo de sistemas de garantía de calidad y mecanismos de acreditación (Vidal Prado, 2012).

Este nuevo marco educativo fue denominado EEES y se puso en marcha en el décimo aniversario del Proceso de Bolonia, en marzo de 2010, durante la Conferencia de Ministros de Budapest-Viena (2010). El EEES, de acuerdo con uno de los objetivos fundamentales del Proceso de Bolonia, se concibió para garantizar que los sistemas de educación superior de toda Europa fueran más comparables, compatibles y coherentes (CE, 2015).

En las Tablas 1-1 y 1-2 se puede ver un resumen de la evolución histórica del Proceso de Bolonia desde sus inicios en la Declaración de la Sorbona (1998) hasta el Comunicado de Roma (2020).

Tabla 1-1

El Proceso de Bolonia I: de la Sorbona a Londres (1998-2008).

Declaración de la Sorbona (1998)	Declaración de Bolonia (1999)	Comunicado de Praga (2001)	Comunicado de Berlín (2003)	Comunicado de Bergen (2005)	Comunicado de Londres (2007)
Movilidad de estudiantes y profesorado.	Movilidad de estudiantes, docentes, investigadores y personal de administración.	Dimensión social de la movilidad.	Portabilidad de préstamos y becas. Mejora de los datos sobre la movilidad.	Atención a los visados y permisos de trabajo.	El reto de los visados y permisos de trabajo, del sistema de pensiones y de los reconocimientos.
Sistema común de titulaciones en dos ciclos.	Titulaciones fácilmente comprensibles y comparables.	Reconocimiento equiparable. Desarrollo de titulaciones conjuntas reconocidas. Dimensión social.	Inclusión del nivel de doctorado en el tercer ciclo. Igualdad de acceso.	Adopción del EEES. Puesta en marcha de los Marcos Nacionales de Cualificaciones Refuerzo de la dimensión social.	Marcos Nacionales de Cualificaciones para 2010. Compromiso de elaborar planes nacionales de acción con un seguimiento eficaz. El papel de la educación superior en el aprendizaje permanente. Acuerdos de colaboración para mejorar la empleabilidad.
Uso de los créditos.	Sistema común de créditos ECTS. Cooperación europea en materia de garantía de calidad.	ECTS y Suplemento al título. Cooperación entre los profesionales de la garantía de calidad y del reconocimiento.	ECTS para la acumulación de créditos. Garantía de calidad a nivel institucional, nacional y europeo.	Itinerarios formativos flexibles en la educación superior. Adopción de los Estándares y Directrices Europeos de Garantía de Calidad.	Necesidad de un uso coherente de las herramientas y las prácticas de reconocimiento. Creación del EQAR.
La Europa del conocimiento.	La dimensión europea de la educación superior.	El espacio europeo de educación superior como un espacio atractivo.	Vínculos entre la educación superior y la investigación.	Cooperación internacional basada en los valores y el desarrollo sostenible.	Adopción de una estrategia para mejorar la dimensión social del Proceso de Bolonia.

Nota: ECTS: *European Credits Transference System*; EEES: Espacio Europeo de Educación Superior;

EQAR: Registro Europeo de Garantía de Calidad. Adaptado de CE (2020).

Tabla 1-2

El Proceso de Bolonia II: de Lovaina a Roma (2009-2020).

Comunicado de Lovaina (2009)	Comunicado de Bucarest (2012)	Comunicado de Ereván (2015)	Comunicado de París (2018)	Comunicado de Roma (2020)
Objetivo para el 2020: 20 % de movilidad estudiantil.	Explorar vías para lograr el reconocimiento automático de los títulos.		Intercambio de datos digitales de estudiantes.	Potenciar la movilidad e internacionalización de los estudios. Garantizar el reconocimiento automático de títulos.
Marcos Nacionales de Cualificaciones para 2012.	Nueva hoja de ruta para los países que no han establecido un Marco Nacional de Cualificaciones.	Implementación de compromisos clave.	Ciclo corto como nivel de cualificación independiente. Suplemento al Título Revisado.	Identificar, desarrollar e implementar unidades de aprendizaje más pequeñas. Continuar los Marcos Nacionales de Cualificaciones.
Objetivos nacionales sobre la dimensión social medidos para 2020.	Reforzar las políticas para ampliar el acceso y mejorar las tasas de finalización.	Inclusión social.	Inclusión de minorías y grupos vulnerables.	Adopción de los Principios y Directrices para Reforzar la Dimensión Social de la Educación Superior en el EEES.
El aprendizaje permanente como responsabilidad pública que exige acuerdos de colaboración sólidos. Llamamiento para trabajar en favor de la empleabilidad.	Mejorar la empleabilidad, el aprendizaje permanente y las destrezas de emprendimiento mejorando la cooperación con las empresas.	Empleabilidad.	Combinar el aprendizaje académico y el práctico.	
Continuar con la implantación de las herramientas Bolonia.	Garantizar que las herramientas de Bolonia se basan en los resultados de aprendizaje.	Adopción de la Guía de Uso del ECTS.		Mejora del aprendizaje y la enseñanza en la educación superior en el EEES.
La calidad como principio vertebrador del EEES.	Registradas en el EQAR desarrollar su actividad en la totalidad del EEES.	Revisión de ESG para el aseguramiento de Calidad en el EEES. Enfoque para el Control de Calidad de programas conjuntos.	Garantizar el cumplimiento de los ESG. Promover el Enfoque Europeo para el Control de Calidad de programas conjuntos. Desarrollar sinergias entre el EEES y EEI.	Mejora de los ESG para apoyar la innovación en la educación superior y su garantía de calidad.
Fomentar el diálogo sobre política global a través de los Foros sobre Política de Bolonia.	Evaluar la implementación de la estrategia 2007 sobre dimensión global, para establecer directrices sobre acciones futuras.			Fortalecer sinergias entre EEES y EEI.
		Enseñanza y Aprendizaje: Relevancia y calidad. Desarrollo Sostenible.	Innovación e inclusión de la digitalización y competencias digitales. Apoyo a los ODS de la ONU.	Desarrollo de habilidades y competencias digitales. Apoyo a los ODS de la ONU.

Nota: ECTS: *European Credits Transference System*; EEES: Espacio Europeo de Educación Superior; EEI: el Espacio Europeo de Investigación; EQAR: Registro Europeo de Garantía de Calidad; ESG: Criterios y Directrices Europeos para el aseguramiento de la Calidad del EEES; ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible; ONU: Organización de Naciones Unidas. Adaptado de CE (2020) y del Comunicado de Roma (2020).

Se puede entender este proceso en dos grandes fases coincidentes con las dos décadas de desarrollo del Proceso de Bolonia. La primera se caracteriza por ser un periodo de preparación en el que se produjeron los grandes cambios en las titulaciones, los sistemas de garantía de calidad y los de internacionalización, cambios que colocaron a los sistemas de educación superior de los diferentes países en la misma dirección. La segunda década se centró, más bien, en la implementación de lo planificado. No obstante, esta fase, marcada por la crisis económica global y por la no consecución de alguno de los objetivos marcados, obligó a revisar alguno de ellos y puso en marcha la Estrategia Europa 2020 que proponía como objetivos aumentar el porcentaje de personas activas empleadas, el aumento del Producto Interior Bruto (PIB) en Investigación y Desarrollo (I+D), potenciar el desarrollo sostenible, disminuir el abandono escolar, potenciar la educación universitaria y disminuir el riesgo de pobreza. En cualquier caso, objetivos que, como se planteaba en párrafos anteriores, tienen más una finalidad pragmática y profesionalizante que orientada hacia el saber y el conocimiento (Colomo Magaña y Esteban Bara, 2020; CE, 2020).

En líneas generales, a pesar de la complejidad de este proceso, que involucra en la actualidad a 48 países, se han alcanzado muchos resultados positivos. En un informe emitido en 2020, la Comisión Europea describía la situación en la que se encontraba el Proceso de Bolonia en el año 2018 en relación con sus líneas estratégicas principales (CE, 2020). Este informe apuntaba que los países habían continuado adhiriéndose al EEES a lo largo de sus dos décadas de vida. Además, señalaba que el número de estudiantes había crecido significativamente. Sin embargo, el gasto público general en educación superior, que se situaba en torno al 1 % del PIB de media, se había mantenido constante o se había reducido en el transcurso de estos veinte años (CE, 2020).

Por otro lado, se habían alcanzado objetivos relativos a la consecución de estructuras de grado convergentes que no se habían alcanzado en la primera década del Proceso de Bolonia y, aunque no existía un modelo único, la estructura más común eran los programas de primer ciclo con cargas horarias de 180 créditos ECTS y segundos ciclos de 120 ECTS. Además, aunque podían existir varias combinaciones en la distribución de créditos entre el primer y el segundo ciclo, la carga de trabajo

total más común solía situarse en los 300 ECTS. En paralelo a los programas de primer ciclo cortos, que son los más frecuentes, coexistían programas largos que conducían a la obtención directa del segundo ciclo en grados como medicina. Los ECTS se utilizaban en todo el EEES, con sistemas externos de garantía de calidad en 26 sistemas educativos. Casi todos los países del EEES emitían el Suplemento al Título y la mayoría de ellos habían cumplido con el compromiso de establecer y utilizar un Marco Nacional de Cualificaciones compatible con el propuesto por el EEES (CE, 2020).

A pesar de lo mencionado anteriormente todavía existían dificultades para el reconocimiento de títulos y calificaciones entre los diferentes sistemas educativos y el reconocimiento automático de titulaciones seguía generando confusión. De hecho, en 2018, algo menos de la mitad de los sistemas del EEES reconocían automáticamente las titulaciones de algunos países pertenecientes al EEES (CE, 2020).

Otro de los desarrollos notables del EEES fue la implementación, en los diferentes sistemas de educación superior, de programas de garantía de la calidad. En este sentido, a lo largo de las dos décadas de evolución del Proceso de Bolonia casi todos los países contaban con sistemas internos y externos para asegurar la calidad (CE, 2020).

En cuanto a resultados prácticos y empleabilidad se observaba un aumento del número de personas que conseguía finalizar los estudios superiores en el EEES. Es decir, cada vez más personas obtenían un título universitario. Sin embargo, esto no necesariamente reportaba las mismas recompensas económicas que en años previos. Además, se observó que existía un alto grado de sobrecualificación en la mitad de los países pertenecientes al EEES y casi una cuarta parte de los jóvenes graduados estaban empleados en ocupaciones para las que un nivel de cualificación inferior hubiera sido suficiente (CE, 2020).

En otro orden de cosas, el objetivo principal de que el alumnado universitario fuera reflejo de la diversidad de la población estaba lejos de ser alcanzado. De hecho, solo un pequeño número de países habían desarrollado e implementado medidas coherentes en relación con este objetivo, lo que

reflejaba un proceso irregular y desigual de inclusión. La participación de grupos minoritarios seguía siendo baja en el EEES. Por otro lado, los antecedentes educativos de los padres seguían siendo un predictor relativo al acceso a la educación superior, dado que los hijos de familias con niveles elevados de formación tenían mayor probabilidad de cursar estudios superiores frente a aquellos que no la tienen. Las personas no nativas o inmigrantes solían tener más dificultades para acceder a la educación superior. Los adultos mayores sí que acceden en mayor medida que hace unos años lo que hace pensar que el patrón de acceso desde la secundaria es menos frecuente ahora que en el pasado. En cuanto al género, en casi todos los países las mujeres ingresaban con mayor frecuencia a la educación superior, aunque la situación variaba según el área de conocimiento, existiendo un mayor número de mujeres en los estudios de profesorado o servicios sociales frente a los estudios de informática o ingenierías, donde ocurre lo contrario (CE, 2020).

Por último, aunque se observaba claramente que la movilidad del alumnado había crecido en los últimos años, no se alcanzó el objetivo del 20 % de los titulados en movilidad fijado para 2020. Además, esta movilidad se asociaba en muchos casos a estudios de segundo ciclo (CE, 2020).

A modo de conclusión, se puede decir que el Proceso de Bolonia continúa y evoluciona. Sigue siendo un ente dinámico que se actualiza y busca adaptarse a los nuevos retos de la educación superior. No obstante, a pesar de los logros alcanzados, es preciso seguir trabajando para conseguir una educación superior de calidad, que sea competitiva, común y facilitadora de la movilidad y que, en todos los casos, asegure la igualdad de oportunidades en tanto que acceso y continuidad.

1.1.1.1.2 Proyecto *Tuning*

El Proyecto *Tuning*, que implicó a 105 universidades de 16 países europeos y que fue coordinado por las universidades de Deusto (España) y Groningen (Holanda), se puso en marcha en el año 2000 con el objetivo de contribuir al desarrollo de titulaciones fácilmente comparables y comprensibles en toda Europa (González y Wagenaar, 2003, 2006, 2009).

Una de las características principales del proyecto fue la inclusión de los resultados de aprendizaje y las competencias como medidas del nivel formativo logrado por el alumnado. Ambos elementos debían permitir la flexibilidad y la autonomía en la construcción del currículum y, al mismo tiempo, tenían que servir de base para la formulación de indicadores de nivel que pudieran ser comprendidos y comparados internacionalmente, al objeto de facilitar la movilidad de estudiantes y profesionales (González y Wagenaar, 2003, 2006, 2009). De hecho, como se apuntó desde la coordinación del proyecto:

“Tuning no espera desarrollar ninguna especie de currículos europeos, ni desea crear ningún conjunto de especificaciones de asignaturas para limitar o dirigir el contenido educativo y/o poner fin a la rica diversidad de la educación superior europea. Además, no desea restringir a los académicos y especialistas o perjudicar la autonomía local o nacional” (González y Wagenaar, 2003).

El Proyecto *Tuning* desarrolló cuatro líneas de acción fundamentales (González y Wagenaar, 2003, 2006, 2009):

1. Identificación de las competencias genéricas que deberían desarrollarse en todas las titulaciones.
2. Identificación de las competencias específicas en las titulaciones estudiadas.
3. Definición del sistema ECTS como sistema de transferencia y acumulación de créditos.
4. Estudio del proceso de enseñanza-aprendizaje relacionado con el nuevo sistema educativo, y otras cuestiones como la evaluación, el rendimiento académico, y la calidad.

Durante la primera fase del proyecto (2000-2002) se desarrollaron las tres primeras líneas y la cuarta lo hizo durante la segunda fase (2003-2004).

1.1.1.1.3 La adopción del EEES en España

La integración del modelo educativo propuesto por la Unión Europea en España requirió de un proceso legislativo que se prolongó durante varios años. En la Tabla 1-3 se enumeran las principales normas que regularon esta transformación entre los años 2001 y 2021.

Tabla 1-3

Conjunto de normas que regulan la integración del EEES en el sistema educativo universitario en España

Ley Orgánica 6/2001 de Universidades, de 21 de diciembre.
Real Decreto 1044/2003 de 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título.
Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.
Real Decreto 1171/2003, de 12 de septiembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2001/19/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2001, por la que se modifican directivas sobre reconocimiento profesional, y se modifican los correspondientes reales decretos de transposición.
Orden PRE/572/2006, de 28 de febrero, por la que se desarrolla el Real Decreto 1665/1991, de 25 de octubre, regulador del sistema general de reconocimiento de títulos de Enseñanza Superior de los Estados miembros de la Unión Europea y otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, que exigen una formación mínima de tres años de duración, en lo que afecta a las profesiones cuya relación corresponde al Ministerio de Industria, Turismo y Comercio.
Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades.
Orden ECI/2514/2007, de 13 de agosto, sobre expedición de títulos universitarios oficiales de Máster y Doctor.
Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.
Real Decreto 1002/2010, de 5 de agosto, sobre expedición de títulos universitarios oficiales.
Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado.
Real Decreto 94/2014, de 14 de febrero, por el que se adaptan determinados títulos de técnico deportivo superior, en cuanto a la distribución horaria y de créditos ECTS de los módulos, conforme al Espacio Europeo de Educación Superior.
Real Decreto 967/2014, de 21 de noviembre, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la homologación y declaración de equivalencia a titulación y a nivel académico universitario oficial y para la convalidación de estudios extranjeros de educación superior, y el procedimiento para determinar la correspondencia a los niveles del marco español de cualificaciones para la educación superior de los títulos oficiales de Arquitecto, Ingeniero, Licenciado, Arquitecto Técnico, Ingeniero Técnico y Diplomado.
Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, y el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado.
Real Decreto 195/2016, de 13 de mayo, por el que se establecen los requisitos para la expedición del Suplemento Europeo al Título Universitario de Doctor.
Real Decreto 103/2019, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Estatuto del Personal Investigador Predoctoral en Formación.
Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad.

Nota: ECTS: *European Credits Transference System*.

La Ley Orgánica 6/2001 es la que inauguró este proceso y en su redacción ya contemplaba la reforma de las estructuras de los estudios universitarios para la integración del sistema universitario español en el EEES. Además, depositaba en la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) la evaluación, certificación y acreditación de las enseñanzas conducentes a la obtención de títulos de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

El Real Decreto 1125/2003 implantó el crédito ECTS, que corresponde a un número de entre 25 y 30 horas de trabajo del alumnado por crédito, como la unidad de medida en la formación universitaria. Este Real Decreto estableció que el número total de créditos para cada curso académico era de 60 ECTS.

No fue hasta 2007, con la Ley Orgánica 4/2007 que modificaba y actualizaba la Ley Orgánica 6/2001, que las enseñanzas universitarias oficiales se estructuraron en tres ciclos: Grado, Máster y Doctorado. Se estableció que los Grados tuvieran 240 ECTS y se clasificaron las titulaciones en las siguientes ramas de conocimiento Arte y Humanidades; Ciencias; Ciencias de la Salud; Ciencias Sociales y Jurídicas, e Ingeniería y Arquitectura. Por otro lado, los planes de estudio conducentes a la obtención del título de Máster Universitario debían tener 60 o 120 créditos incluida la elaboración y defensa pública de un trabajo fin de máster que tendría entre 6 y 30 créditos.

El Real Decreto 99/2011 reguló las enseñanzas oficiales de doctorado e indicaba que para obtener el título de Doctor se debía haber superado un periodo de formación y un periodo de investigación organizado, que denominó Programa de Doctorado.

Las normativas posteriores se centraron en la homologación y adaptación de las titulaciones y actualizaron reales decretos previos en relación con la ordenación de las enseñanzas universitarias y la expedición del Suplemento Europeo al Título.

En el año 2021, se aprobó el Real Decreto 822/2021, que derogaba el Real Decreto 1393/2007 y reformulaba algunas cuestiones del sistema universitario español en base a tres objetivos: redefinir la organización y las estructuras de las enseñanzas universitarias oficiales, fortalecer la confianza de

la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto en los procedimientos establecidos para garantizar la calidad de la oferta académica de todo el sistema universitario y robustecer las capacidades de empleabilidad que confiere la formación recibida en diferentes títulos a partir de las competencias y conocimientos asumidos. Este Real Decreto mantiene la estructura básica de la oferta académica, actualmente vigente, configurada en tres etapas: Grado, Máster y Doctorado. Consolida que los Grados sean de 240 créditos, con la única excepción de aquellos que deben tener 300 o 360 créditos; que los Másteres puedan ser de 60, 90 y 120 créditos y el Doctorado al que se accede habiendo superado los 300 créditos en las dos etapas formativas anteriores. Esta norma introduce una modificación significativa al cambiar la adscripción de los títulos de Grado y Máster de las cinco ramas del conocimiento a los denominados ámbitos del conocimiento. Otro de los aspectos que reformula este real decreto es todo el proceso de verificación, seguimiento y acreditación de los títulos universitarios oficiales.

1.1.1.1.4 La formación universitaria en Enfermería en España en el marco del EEES.

1.1.1.1.4.1 La formación universitaria en Enfermería en España antes del EEES (1915-2010)

El contexto histórico, social y educativo en el que se desarrolla el aprendizaje es clave. Para la profesora Miqueo, directora del Seminario de Historia de la Enfermería del Grupo Aurora Mas de Investigación en Cuidados e Historia (Grupo AMAS, 2016a), “las investigaciones en historia están contribuyendo a dar sentido a los cambios actuales, proporcionan perspectiva y ayudan a comprender los conflictos presentes, entendiendo el desarrollo histórico del perfil profesional actual”.

Aunque la creencia generalizada es que, de manera oficial, en España la enfermería se incorporó a la universidad en el año 1977, con la diplomatura, algunos investigadores defienden que la Enfermería ha estado ligada a la universidad de manera permanente y continuada. De hecho, la Ley de Instrucción Pública de 1857, denominada ‘Ley Moyano’, situó a los Practicantes (Blázquez Ornat, 2017) y las Matronas (Subirón Valera, 2018) en el ámbito universitario, bajo las directrices de las facultades de medicina; a lo que se sumó la creación del Título Oficial de Enfermera en 1915 (Amezcuca,

2015; Amezcua y González Iglesias, 2015; Germán Bes, 2006b; Ruíz Castro y Amezcua, 2019). De hecho, para comprender lo ocurrido en 1977, y su desarrollo posterior hasta llegar al EEES, es preciso remontarnos a la formación de las enfermeras antes de la Guerra Civil Española (GCE) y durante la dictadura posterior, ya que la propia idiosincrasia del país y su contexto histórico, social y político marcaron diferencialmente a la enfermería española en relación con la disciplina en otros países (Germán Bes, 2006a).

Se puede ubicar el inicio de la relación universidad-enfermería en el año 1915 (Amezcua, 2015; Amezcua y González Iglesias, 2015; González Iglesias et al., 2010; Ruíz Castro y Amezcua, 2019) momento en el que se creó el Título de Enfermería a petición de la congregación de las Siervas de María Ministras de los Enfermos en el seno de la Universidad Central de Madrid. Este hecho quedó reflejado en la Real Orden de 7 de mayo de 1915 publicada en la Gaceta de Madrid el 21 de mayo de ese mismo año. No obstante, la oficialización del título de Enfermera ni homogeneizó ni estructuró la formación de estas. De hecho, las escuelas de enfermería que se crearon, con excepción de las propias de la congregación de las Siervas de María, funcionaron con programas y títulos propios hasta 1931 (González Iglesias et al., 2010; Siles González, 2011).

Durante los años posteriores, se inició un proceso institucionalizador de la profesión que llegó a su culmen en la Segunda República aunque en todo momento manteniendo la asignación del cuidado a estereotipos de género, con régimen de internado y composición del claustro por médicos (Bernabéu Mestre y Gascón Pérez, 1995; Siles González, 2011).

Durante la Segunda República Española, el proceso por el que la enfermería fue institucionalizándose llegó a sus cotas más altas y permitió la vertebración del perfil profesional de la enfermería, muy enfocado hacia la salud pública, dado que esta cobraba especial importancia en las reformas que se estaban desarrollando en el sistema sanitario (Castro-Molina et al., 2017; Germán Bes et al., 2020; Germán Bes y Martínez Santos, 2019; Siles González, 2011). También fue característico de estos años el impulso de la investigación y las becas de estudios. Cabe destacar las

ofrecidas por la fundación Rockefeller para la formación y especialización de enfermeras en el campo de la enseñanza en salud pública en el extranjero (Bernabéu Mestre y Gascón Pérez, 1995) y que, se puede decir, que tenían un carácter de intercambio similar al propuesto por becas y programas que se conceden en el contexto universitario en la actualidad.

A pesar de ello, la formación enfermera se terminó por subordinar a las necesidades de una Medicina en expansión técnica y social. Aunque hubo intención de cambio todo quedó en una continuidad en la formación enfermera ligada a modelos de pensamiento y acción anteriores a este periodo (Vera Pérez, 2011; Vera Pérez y Hernández Conesa, 2011). En este sentido, igual que en la época previa a la Segunda República, la formación corrió a cargo de un claustro esencialmente médico, el aprendizaje era fundamentalmente práctico y las estudiantes debían confinarse en una institución especialmente diseñada para aprender, e interiorizar, que sus funciones eran auxiliares (Vera Pérez, 2011). Las iniciativas formativas desarrolladas durante el periodo republicano, “no consiguieron superar su condición de provisionalidad y la irrupción de la guerra civil modificó sustancialmente los planteamientos formativos” (García Paramio, 2016).

La GCE obligó a una formación rápida, precaria y desorganizada que cubriese el déficit de profesionales y las necesidades de salud del momento. Su orientación fue muy medicalizada, centrada en la técnica y dirigida a la curación. Además, se encontraba sesgada ideológicamente en función del bando (Antón Solanas et al., 2005; Hodgson, 2005; Ortega Martínez y Sánchez González, 1996; Pallarés Martí, 2005; Torres Penella et al., 2007). El fin de la guerra y el inicio de la dictadura de Francisco Franco supuso la ruptura con el proceso reformista y de profesionalización de la enfermería desarrollado por la II República y se volvió a implantar un modelo en el que predominaba el rol religioso-doméstico (Andina Díaz, 2004; Ramírez Schacke y Pedraz Marcos, 2004; Siles González, 1996).

Durante este periodo, cabe destacar la reunificación de los planes de estudios de Enfermeras, Practicantes y Matronas en el de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), a través del Decreto de 4 de

diciembre de 1953, lo que supuso un claro retroceso en la visión autónoma, comunitaria y más centrada en los cuidados, así como la imposición del ideario del nacionalcatolicismo a la identidad enfermera con las correspondientes atribuciones de género que implicaban, fundamentalmente, vocación, sumisión y gratuidad (García Paramio, 2016; Martínez Santos, 2017). La duración de los estudios era de tres años. El claustro estaba constituido, en su mayoría, por médicos. Estos, que solían utilizar sus propios apuntes y ocasionalmente los manuales de formación de ATS, imprimían en la formación teórica el carácter biomédico, técnico y auxiliar ignorando los cuidados. Las asignaturas de Religión y Moral Profesional eran impartidas por sacerdotes. Algunas ATS, o antiguas enfermeras, impartieron la Historia de la Profesión, eran monitoras de prácticas o jefas de estudios de las escuelas. Sus funciones eran el control de las normas de la escuela y los internados, la distribución de las prácticas hospitalarias y otras funciones administrativas (Martínez Santos, 2017).

Fue a partir de 1957 cuando fueron surgiendo y aprobándose especialidades para los Ayudantes Técnicos Sanitarios como la de Matrona, Fisioterapia, Radiología y Electrología, Podología, Pediatría y Puericultura, Neurología, Psiquiatría, Análisis Clínicos y Urología y Nefrología. Se apostó por seguir las ramas de especialización médica, decisión concordante con la idea de que las ATS eran ayudantes/auxiliares del médico.

El final de la dictadura en 1975 propició un profundo cambio social y, por consiguiente, en la profesión. Las protestas y reivindicaciones que tuvieron lugar entre 1976 y 1978 por parte de estudiantes y profesionales ATS dieron como resultado cambios que tuvieron gran importancia en la ubicación definitiva de la enfermería en el contexto universitario. Como señala Germán Bes (2006b) en las conclusiones de su tesis doctoral:

“La institución de la enfermería como una profesión universitaria mixta (1976-1978) fue el triunfo de la perspectiva del cuidado defendida por las enfermeras frente a la concepción médica defendida por el sector de los practicantes, logrado tras una intensa lucha que generó instituciones de coordinación nacional y de formación académica paralela, en un contexto de cambio político radical. Este cambio profesional fue liderado por las jóvenes generaciones de ATS y coincidió con las propuestas profesionales de las organizaciones internacionales como el Consejo Internacional de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud”.

Estas manifestaciones y paros fueron bautizados por la prensa del momento como 'La revolución de las batas blancas', y, además de la petición de la enfermería universitaria, este movimiento tuvo entre sus demandas la unificación colegial, la mejora en las condiciones laborales y el aumento de la ratio de enfermeras (Germán Bes, 2006b, 2009, 2013; Germán Bes y Grupo Walquiriae, 2010).

En 1977 enfermería consigue su ubicación definitiva en el marco universitario lo que provocó varios cambios en la formación de las enfermeras. A lo largo de los años, estas se fueron uniendo al personal docente e incluso dirigiendo las facultades. También se recuperó la filosofía del cuidado holístico y humanizado, sin menospreciar los aspectos técnicos que requiere la asistencia altamente cualificada (Germán Bes, 2013).

Se puede afirmar que este periodo estuvo marcado por la hegemonía de estudios oficiales de primer ciclo (Diplomatura), aunque coexistieron con otras alternativas formativas que permitían la obtención de segundos ciclos o licenciaturas que daban acceso posteriormente al doctorado desde esas disciplinas (Giménez Andreu, 2014). A pesar de los avances conseguidos durante este periodo histórico de la formación enfermera una de sus características principales fue la excepcionalidad jurídica en la que se fue desarrollando la titulación en cuanto a la homologación del título, el acceso a los puestos docentes o la provisión de profesorado. También destaca la heterogeneidad y eclecticismo de los diferentes planes de estudios desarrollados por las universidades con predominancia del contenido biomédico y la adaptación particular al área de especialización del profesorado y en los que no se atisbaban indicios de unificación científico pedagógicas o de desarrollo disciplinar (Giménez Andreu, 2014).

Este proceso de transformación se completó gracias a las Declaraciones de la Sorbona (1998) y de Bolonia (1999). La llegada del EEES introdujo transformaciones en los modelos educativos y evaluativos (Collins y Hower, 2014) tratando de traspasar la mera transmisión de los conocimientos y alcanzar la modificación o adquisición de conductas que se corresponden con las denominadas

competencias profesionales (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [ANECA], 2004). Por otro lado, ha permitido a las enfermeras españolas completar su carrera académica con estudios de master y doctorado, lo que las ha facultado para generar su propio conocimiento (Peya Gascóns, 2008).

1.1.1.1.4.2 *La formación universitaria en Enfermería en España en el EEES (2010-2020)*

La incorporación de la Universidad al EEES y, por lo tanto, la implantación del título de Grado en Enfermería ha sido uno de los hitos más importantes de la Enfermería española de los últimos años (Castro Yuste, 2014).

En 2004, la ANECA, publicó el 'Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería' en el que se sentaron las bases de una propuesta, no vinculante, para el diseño del título de Grado en Enfermería adaptado al EEES en base a las recomendaciones del proyecto *Tuning* (ANECA, 2004). El proyecto recogió numerosos aspectos fundamentales en el diseño de un modelo de Título de Grado: análisis de los estudios correspondientes o afines en Europa, características de la titulación europea seleccionada, estudios de inserción laboral de los titulados y perfiles y competencias profesionales (ANECA, 2004).

Este documento propuso un modelo de 240 créditos ECTS, repartidos a lo largo de 4 años, para adquirir el título de Grado en Enfermería. No obstante, el valor más importante del documento radica en la reflexión que hace en torno a la modificación, no solo de la duración y la estructura de la titulación, si no en la transformación que el EEES debía suponer para el paradigma educativo:

“La creación del EEES supone una transformación profunda de la educación superior, difícil de lograr si se cae en la tentación reduccionista de asimilar la nueva situación a una simple normativa o conjunto de directrices externas a la universidad. La transformación ha de incidir sobre los aspectos esenciales del proceso educativo, lo que supone la adopción de un nuevo paradigma docente y la redefinición del rol del profesor y el alumno, como agentes principales de este proceso” (ANECA, 2004).

Este modelo de enseñanza aprendizaje deja de enfocarse en el profesor que enseña para centrarse en el estudiante que aprende preocupándose de valorar los resultados de aprendizaje en

función de las competencias que debe poseer el profesional. Esto implica, además, un cambio metodológico en el que las clases magistrales no deben ser el método predominante y se proponen otras metodologías, como los seminarios o el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), en las que son precisos menores ratios de alumnado. El documento advierte, respecto de este cambio metodológico que muchas de las actividades nombradas ya formaban parte de la actividad docente del profesorado pero que normalmente no recibían ningún reconocimiento específico o incentivación institucional, además de tener que ser justificadas constantemente. Por otro lado, el texto apuesta por apuntar hacia un sistema tutorial del estudiante desde que entra en el centro hasta que se titula, lo que implica una nueva forma de evaluación (ANECA, 2004).

No fue hasta 2008, con la publicación de la Orden CIN/2134/2008, que se aplicaron las propuestas desarrolladas por el 'Libro Blanco del Título de Enfermería'. Esta orden contempla en su redacción que el nombre del título fuera el de Graduado en Enfermería, el plan de estudios de enfermería tuviera una duración de 240 ECTS y debiera incluir, como mínimo: un Módulo de Formación Básica Común (60 ECTS), un módulo de Ciencias de la Enfermería (60 ECTS) y un Módulo de Prácticas Clínicas y Trabajo Fin de Grado (90 ECTS).

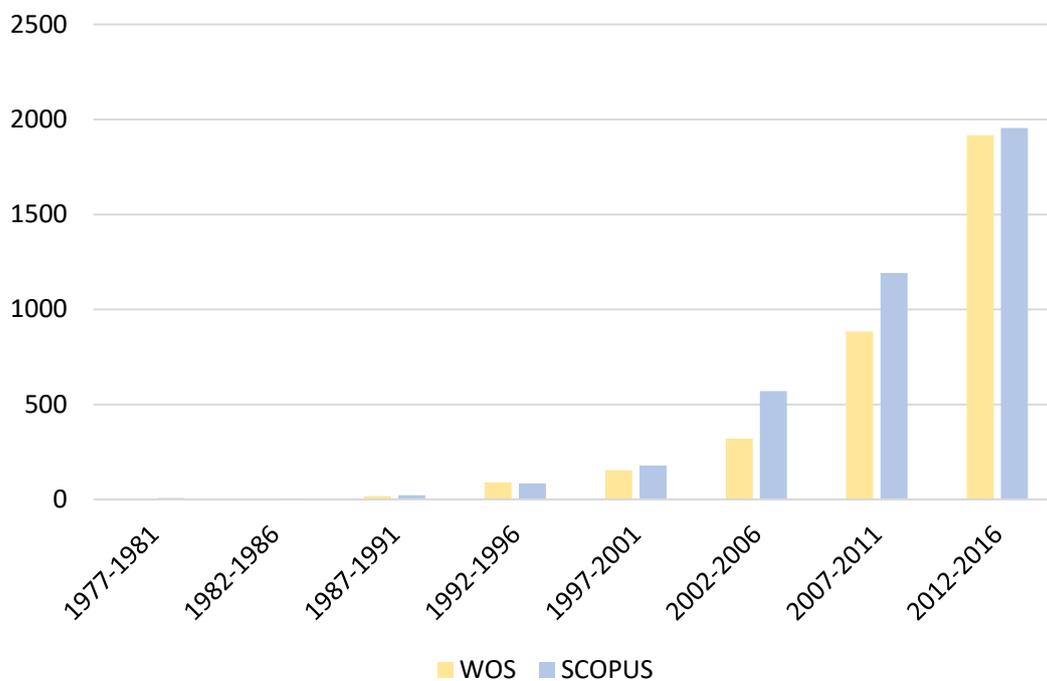
Este proceso de convergencia y adaptación se inició con ilusión y con las expectativas de lograr, además de mejoras en los procesos de enseñanza aprendizaje, las titulaciones de posgrado para enfermería que dieran acceso a poder optar a convocatorias de investigación y algunos puestos de gestión dentro y fuera del contexto universitario. Sin embargo, el proceso no estuvo exento de dificultades como la financiación insuficiente para cubrir las exigencias materiales y docentes del paso de carreras de tres años de duración a cuatro o la organización de grupos reducidos de estudiantes (Giménez Andreu, 2014).

A pesar de ello, a lo largo de estos años son numerosas las publicaciones orientadas a investigar nuevas metodologías docentes, sistemas y rúbricas de evaluación o el importante desarrollo de la simulación clínica. Como apunta Juvinyà (2017), la entrada del EEES supuso la llegada de los

primeros másteres del área de Enfermería que se comenzaron a impulsar en el curso 2007/2008 por enfermeras que habían cursado una licenciatura y el doctorado y que tenían trayectorias investigadoras relevantes. También según esta autora se iniciaron en 2009 los programas de doctorado. Desde entonces la producción científica bien en publicaciones o en tesis doctorales ha ido aumentando exponencialmente, como puede verse en las Figuras 1-2 y 1-3, lo que se relaciona con los cambios en el entorno universitario.

Figura 1-2

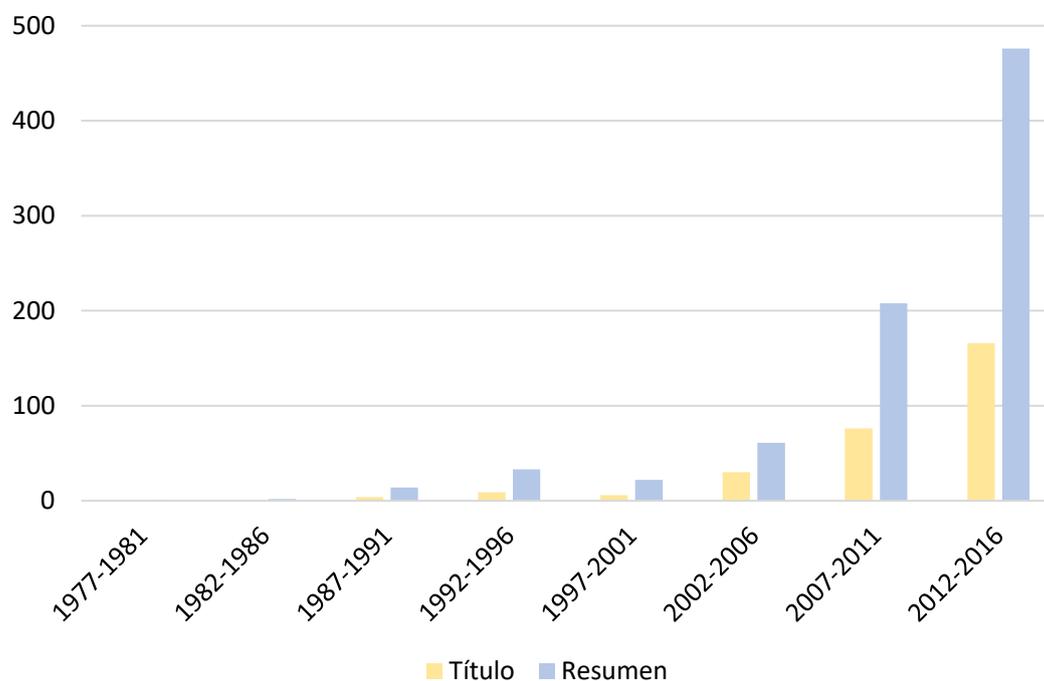
Publicaciones científicas de Enfermería en Bases de Datos Internacionales



Nota: Adaptado de Juvinyà (2017).

Figura 1-3

Tesis doctorales con el término 'Enfermería' en el título o en el resumen en la base de datos TESEO



Nota: TESEO: base de datos de tesis doctorales del Gobierno de España. Adaptado de Juvinyà (2017).

1.1.2 Las competencias

Como ya se ha mencionado, la adaptación de las titulaciones universitarias al EEES supuso la implementación de cambios en el modelo de enseñanza-aprendizaje y en los sistemas de evaluación (ANECA, 2004). Este nuevo paradigma educativo, centrado en el aprendizaje, pretende dirigir la atención a otras dimensiones formativas que van más allá de la tradicional acumulación de conocimientos (ANECA, 2004). Uno de los cambios propuestos en este nuevo marco educativo ha consistido en centrar el interés en que el alumnado adquiriera competencias.

Existen gran cantidad de definiciones relativas al término competencia. El Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2014a), en una de sus acepciones, la define como la “pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado”. De forma similar Collins y Hewer

(2014) se refieren a ella como “los conocimientos, habilidades y actitudes que constituyen una profesión”.

Gómez del Pulgar García-Madrid (2011) complementa estas definiciones con la idea de transferencia y contexto describiendo la competencia como:

“La intersección entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como la movilización de estos componentes, para transferirlos al contexto o situación real, creando la mejor actuación/solución, para dar respuesta a las diferentes situaciones y problemas que se planteen en cada momento, con los recursos disponibles”.

En la misma línea, Kane (1992) refiere que:

“La competencia profesional es el grado en que una persona puede utilizar los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en las situaciones que corresponden al campo de su práctica”.

También Tejada Fernández (1999) define las competencias como un conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados en el ejercicio profesional, definibles en la acción, donde la experiencia se muestra como ineludible y el contexto es clave. En esta línea, Tejada Fernández y Ruiz Bueno (2016) añaden que la competencia no es una suma o adición, sino un ensamblaje con una dinámica interaccional entre elementos, es decir, que se ha de tratar la competencia más como un proceso que como una suma de recursos. Por otro lado, añaden que ser competente (dominio de la acción) es diferente de tener competencias (tener recursos) y que no es suficiente con poseer los recursos (saberes), es necesario saber utilizarlos bien en contextos particulares.

En el artículo 42 de la Ley 16/2003 se describe el concepto de competencia como “la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean”.

Desde la teorización de la disciplina enfermera también se ha descrito el término competencia. En palabras de Benner (1984) la competencia es “un área definida como una actuación cualificada que se conoce y se describe según su intención, funciones y significados”. También la

define como la capacidad de realizar una tarea con resultados deseables bajo la variedad de circunstancias del mundo real (Benner, 1984). Concretamente, esta autora, en su modelo teórico, sugiere que la competencia enfermera se desarrolla con el tiempo a medida que la enfermera avanza de 'novata' a 'experta' y adapta un modelo de adquisición y desarrollo de habilidades en enfermería que se compone de cinco niveles: a) principiante o novata; b) principiante avanzada; c) competente; d) eficiente; y e) experta (Benner, 1982a, 1984).

En el proyecto *Tuning* (González y Wagenaar, 2003, 2006) se hace una distinción entre resultados del aprendizaje y competencias con el fin de diferenciar los distintos papeles que juegan los actores implicados en el proceso educativo: el cuerpo docente y los estudiantes. Básicamente, los resultados de aprendizaje son formulaciones de lo que el estudiante debe conocer, comprender o ser capaz de demostrar tras la finalización del proceso de aprendizaje y son formulados por los profesores. Sin embargo, las competencias representan una combinación dinámica de conocimientos habilidades, capacidades y valores que debe adquirir el estudiante.

Por otro lado, el proyecto *Tuning*, también distingue entre competencias genéricas y específicas recalcando que, aunque es evidente que un programa formativo determinado debe estar encaminado a que el alumno adquiera conocimientos y habilidades específicos de su área, también es importante que este desarrolle ciertas competencias generales o transferibles (González y Wagenaar, 2006). Estas competencias genéricas fueron subdivididas, a su vez, en competencias instrumentales, interpersonales y sistémicas.

La ANECA (2004) entiende por competencia el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas con el programa formativo que capacita al alumno para llevar a cabo las tareas profesionales recogidas en el perfil de graduado del mencionado programa. Concretamente en el 'Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería' la ANECA definió el perfil profesional de los graduados en enfermería.

En este documento se describieron, por un lado, las competencias transversales o genéricas que son aquellas que hacen referencia a la formación de cualquier universitario en sentido general y, por otro, aquellas que son específicas para los estudiantes de enfermería (ANECA, 2004; González y Wagenaar, 2006). En la Tabla 1-4 se pueden ver las competencias transversales o genéricas del Título de Grado de Enfermería clasificadas por subgrupos.

Tabla 1-4

Competencias transversales o genéricas del Título de Grado en Enfermería

COMPETENCIAS INSTRUMENTALES	COMPETENCIAS INTERPERSONALES	COMPETENCIAS SISTÉMICAS
Capacidad de análisis y síntesis	Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad	Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica
Comunicación oral y escrita en la lengua materna	Capacidad de crítica y autocrítica	Capacidad de aprender
Conocimiento de una segunda lengua	Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar	Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones
Conocimientos básicos de la profesión	Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia	Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)
Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio	Compromiso ético	Conocimiento de culturas y costumbres de otros países
Habilidades básicas de manejo de ordenadores	Habilidad para trabajar en un contexto internacional	Diseño y gestión de proyectos
Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de diversas fuentes)	Habilidades interpersonales	Habilidad para trabajar de manera autónoma
Planificación y gestión del tiempo	Trabajo en equipo	Habilidades de investigación
Resolución de problemas		Iniciativa y espíritu emprendedor
Toma de decisiones		Liderazgo
		Motivación por el logro
		Preocupación por la calidad

Nota: Adaptado de ANECA (2004) y González y Wagenaar (2009).

La ANECA (2004) consideró los siguientes grupos de competencias específicas:

- Grupo I. Competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la enfermera: incluye las relativas al desarrollo de cuidados holísticos basados en el respeto de los valores éticos, morales y deontológicos garantizando los derechos y creencias de los pacientes familias y sociedades. También describe competencias relacionadas con la asunción de roles y responsabilidades profesionales tanto independientes como de colaboración.

- Grupo II. Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas: agrupa competencias para realizar valoraciones integrales e interpretar los datos extraídos de las mismas, para emitir juicios diagnósticos y planes de cuidados que den respuesta a las necesidades del paciente, así como para ejecutar las intervenciones planificadas y evaluarlas en un contexto de calidad y de práctica basada en la evidencia.
- Grupo III. Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos: se centra especialmente en el desarrollo de habilidades técnicas y psicomotrices, aunque, también desarrolla otras relativas a la educación de la salud, el cuidado emocional, el mantenimiento de la dignidad y la confidencialidad.
- Grupo IV. Conocimiento y competencias cognitivas: se refiere a los conocimientos y aplicación de teorías y práctica enfermera; de ciencias básicas y de la vida; de ciencias sociales, del comportamiento y la salud; de ética, legislación y humanidades; de tecnología e informática de los cuidados; de política nacional e internacional; de investigación; y de resolución de problemas y toma de decisiones e investigación.
- Grupo V. Competencias interprofesionales y de comunicación (incluidas las TIC): describe competencias relativas a que la comunicación que establece el profesional de enfermería con los pacientes, familias y grupos sociales, se adecuada a las necesidades de estos. También describe la necesidad de tener competencias para ofrecer un adecuado soporte emocional. Por último, se señala la importancia de informar, registrar y documentar los cuidados desarrollados.
- Grupo VI. Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo: incluye las competencias para trabajar y liderar equipos de salud, así como la gestión de los recursos humanos y materiales de manera eficiente.

Por otro lado, la Orden CIN/2134/2008 propone que para la obtención del Título de Graduado en Enfermería es preciso que el estudiante adquiera las competencias que pueden verse en las Tablas 1-5, 1-6, 1-7 y 1-8.

Tabla 1-5

Competencias básicas del Grado de Enfermería

-
1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.
 2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.
 3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
 4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.
 5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.
 6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
 7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.
 8. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad.
 9. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
 10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familias o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
 11. Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
 12. Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.
 13. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.
 14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.
 15. Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.
 16. Conocer los sistemas de información sanitaria.
 17. Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.
 18. Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.
-

Nota: Adaptado de Orden CIN/2134/2008.

Tabla 1-6

Competencias específicas del Módulo de Formación Básica Común del Grado en Enfermería

MÓDULOS	COMPETENCIAS
Módulo de Formación Básica Común 60 ECTS	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano. Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y los tejidos. • Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería. • Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos. • Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo. • Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable. Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran. Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas. • Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud. • Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital. • Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses. • Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado. • Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.

Nota: Adaptado de Orden CIN/2134/2008.

Tabla 1-7

Competencias específicas del Módulo de Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado del Grado en Enfermería

MÓDULOS	COMPETENCIAS
Módulo de Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado 90 ECTS	<ul style="list-style-type: none"> • Prácticas preprofesionales, en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias, en los Centros de Salud, Hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el Título. • Trabajo fin de grado: Materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.

Nota: Adaptado de Orden CIN/2134/2008.

Tabla 1-8

Competencias específicas del Módulo de Ciencias de la Enfermería del Grado en Enfermería

MÓDULOS	COMPETENCIAS
Módulo de Ciencias de la Enfermería 60 ECTS	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería. • Comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la metodología científica en el proceso de cuidar y desarrollando los planes de cuidados correspondientes. • Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar, la calidad y seguridad a las personas atendidas. • Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería. • Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad. • Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad. Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud. Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos. Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad. Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud. Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte. • Conocer las alteraciones de salud del adulto, identificando las manifestaciones que aparecen en sus distintas fases. Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud. Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación. Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares. Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud. Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo. • Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa. Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones. • Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato. Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo. Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones. Analizar los datos de valoración del niño, identificando los problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse. Aplicar las técnicas que integran el cuidado de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores. Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento. Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios. • Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer. • Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana. • Conocer el Sistema Sanitario Español. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados. Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos. • Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería. Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia. Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores. • Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería. • Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales

Nota: Adaptado de Orden CIN/2134/2008.

1.1.3 El aprendizaje práctico en Enfermería

En general, las Prácticas asistenciales o Prácticas externas curriculares del Grado en Enfermería quedan definidas en forma de rotatorio clínico independiente en los centros asistenciales, donde el estudiante integra conocimientos, habilidades y valores de la titulación, con una evaluación final de competencias (Castro Yuste, 2014).

Las prácticas de los estudiantes de grado constituyen una materia establecida por orden ministerial, a través de la Orden CIN/2134/2008, en la que se instituye que el conjunto de las citadas Prácticas y el Trabajo Fin de Grado supondrán un mínimo de 90 créditos.

La distribución de créditos práctico-clínicos no ha sido homogénea en las diferentes universidades españolas. Según apunta Castro Yuste (2014) la media de ECTS asignados a la docencia práctico clínica es de 83 créditos, situándose los valores máximo y mínimo en 93 y 78 ECTS respectivamente, con una moda de 84 créditos. También apuntaban que en la mayoría de los casos la distribución contemplada era de 12 créditos en segundo curso, 24 créditos en tercer curso y 48 créditos en cuarto curso. Como puede verse en la Tabla 1-9 las universidades que han participado en el desarrollo de esta tesis doctoral suponen una muestra representativa de lo mencionado con anterioridad y distribuyen los créditos de forma similar a lo planteado por Castro Yuste (2014).

Tabla 1-9

Distribución de créditos de las prácticas clínicas en diferentes universidades

Universidad	Créditos (ECTS)				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Total
Universidad de Zaragoza		23	27	34	84
Universidad del País Vasco	6	12	20	54	92
Universidad de La Rioja		12	24	42	78
Universidad de Sevilla		15	21	48	84
Universidad de Valladolid			30	54	84

Nota: ECTS: *European Credits Transference System*.

Según apunta el Manual de prácticas externas curriculares del Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza el objetivo de estas es que el estudiante adquiera y demuestre la adquisición de las competencias profesionales necesarias para poder integrarse tras su egreso y con garantías de éxito en el mercado laboral (Facultad de Ciencia de la Salud de la Universidad de Zaragoza [FCCS-UNIZAR], 2021). En general, las actividades de aprendizaje propuestas en las asignaturas de ‘Estancias Clínicas’ o ‘Prácticums’, denominaciones que suelen adquirir las prácticas clínicas externas, se sustentan en dos pilares: la práctica clínica, que ocupa en torno al 95 % del tiempo dedicado, y los seminarios clínicos, a los que se dedica el 5 % restante. En algunos centros la posibilidad de matricularse en las asignaturas de prácticas clínicas está supeditada a que el alumnado haya superado algunas asignaturas previamente. En la Tabla 1-10 puede verse cómo la Universidad de Zaragoza aplica estas características a sus asignaturas de prácticas externas.

Existen tres figuras clave en el desarrollo de las prácticas clínicas: el coordinador de las prácticas externas curriculares, el profesor asociado clínico en ciencias de la salud y los profesionales asistenciales. El primero, que suele pertenecer al cuerpo docente de la Universidad, cumple funciones de coordinación y comunicación entre la universidad y los profesores asociados clínicos. También se encarga de distribuir a los alumnos y organizar los horarios, además de supervisar el correcto funcionamiento de los diferentes procesos implicados. También realiza tutorías si se requiere y es el encargado de notificar la calificación obtenida al estudiantado. El segundo, es personal de los servicios de salud (aunque también de la universidad como profesor asociado), se encarga de guiar y dirigir la práctica del estudiante en el centro asistencial, imparte los correspondientes seminarios, estimula la consecución de los resultados de aprendizaje marcados y evalúa al alumnado. Por último, el profesional asistencial, aunque no tiene una vinculación docente directa con la universidad colabora en la formación de los futuros profesionales, asumiendo su rol docente, y suele ser quien acompaña los estudiantes durante las prácticas clínicas (especialmente cuando no se encuentra el profesor asociado clínico correspondiente).

Tabla 1-10

Características de las prácticas externas curriculares en los estudios de Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza (2021-2022)

Curso	Asignatura	Créditos	Actividades	Prerrequisitos	Lugares de prácticas
Segundo	Estancias Clínicas I	23	Práctica clínica (654 h) Seminarios (36 h)	Aprobar Fundamentos de Enfermería	Unidades de Cuidados en Hospitalización Centros de Atención Primaria
Tercero	Estancias Clínicas II	27	Práctica clínica (766 h) Seminarios (44 h)	Aprobar Estancias Clínicas I	Bloque quirúrgico Unidad de Cuidados Especiales
Cuarto	Prácticum	34	Práctica clínica (963 h) Seminarios (57 h)	Aprobar Estancias Clínicas II	Unidad de Cuidados en Hospitalización Médica. Unidad de Cuidados en Hospitalización Quirúrgica. Unidades de Cuidados Especiales. Centros de Atención Primaria.

Nota: Adaptado de FCCS-UNIZAR (2021)

Más allá de los requerimientos mínimos de asistencia a las prácticas, la evaluación de estas se realiza, fundamentalmente, por evaluación continua realizada mediante observación diaria de la actividad enfermera realizada por el alumnado bajo supervisión. Esta observación suele plasmarse en rúbricas de evaluación que recogen las competencias y resultados de aprendizaje que debe de alcanzar el estudiante en cada módulo. Además, universidades como la de Cádiz, la de Valladolid-Campus de Soria, o la de Sevilla utilizan instrumentos como el portafolio o el diario reflexivo para el seguimiento y evaluación del alumnado de enfermería durante las Prácticas clínicas (Castro Yuste, 2014; Facultad de Ciencias de la Salud de Soria de la Universidad de Valladolid [FCCSS-UVA], 2021; Facultad de Enfermería Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla [FEFP-US], 2021).

Por otro lado, la creciente complejidad del sistema sanitario y de los procesos asistenciales, así como la preocupación por la seguridad del paciente han puesto de manifiesto la necesidad del uso de la simulación clínica como instrumento para la adquisición de las competencias clínicas necesarias, en este sentido también la simulación se utiliza como instrumento evaluador a través de la Evaluación

Clínica Objetiva Estructurada (ECOE). Propuestas como la de Solà Pola (2014; 2011) o Castro Yuste (2014) ponen de manifiesto este hecho.

Como se puede apreciar con anterioridad, el contexto en el que se ubican las prácticas clínicas en el EEES mantiene la idea que se estableció en 1977 con el Título de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) de considerar al alumnado en prácticas como tal y corrobora las peticiones que se venían haciendo históricamente para evitar que los estudiantes fueran utilizados como mano de obra barata que supliera la falta de personal hecho que como apunta Germán Bes (2013) ocurría en el periodo previo de ATS con una marcada diferencia de género:

“Las jóvenes ATS eran alumnas formadas en estructuras obsoletas y normativamente asfixiantes, bajo la dominación de las monjas y monitoras [...]. Alumnos abandonados y dejados a su suerte en la mayoría de las escuelas. Con claras discriminaciones de género, pues mientras las estudiantes cubrían puestos de trabajo hospitalarios y hacían guardias nocturnas, los estudiantes tenían un régimen laxo, cuando no ausente de prácticas”.

Por otro lado, más allá de la descripción de la situación en la que actualmente se encuentran las asignaturas que recogen las prácticas clínicas en tanto que dotación en créditos, instrumentos de aprendizaje, número y tipo de docentes o sistemas de evaluación aplicados; es importante reflexionar sobre lo que para la disciplina enfermera significa el concepto de práctica clínica.

Al respecto, Medina (1999) plantea, que la disciplina Enfermera es una ciencia humana práctica que usa las teorías de las ciencias naturales y de la conducta para comprender y desarrollar el cuidado, lo que no implica necesariamente que estas prácticas devengan en tecnologías o ciencias aplicadas. Además, considera que el cuidado, como toda acción práctica, es de naturaleza social, es decir es una relación-acción entre sujetos que se orienta más hacia la acción y los actores que a los resultados de esta relación. También pone énfasis en distinguir entre técnica y práctica y dice que “mientras que en la actuación técnica el conocimiento científico se aplica determinando instrumentalmente la acción, en la acción práctica el conocimiento es una plataforma informativa que necesita el juicio responsable de los participantes y su compromiso ético”. De hecho, Medina (1999) apunta que convertir la práctica en técnica fragmenta el campo de acción profesional de la enfermera

y la convierte en una aplicadora de técnicas desarrolladas por otros; y añade que mientras que el técnico usa técnicas evaluadas por su eficiencia, el práctico toma decisiones evaluadas por su contribución al bienestar de la persona.

Teniendo en cuenta este contexto Medina (1999) apunta que el prácticum y las finalidades que este persigue dependen de la concepción que el modelo educativo y los docentes tengan acerca de las competencias imprescindibles para poder ejercer la práctica profesional. Por lo tanto, considera que el conocimiento profesional relevante para las estudiantes es un saber que combina componentes explícitos y tácitos que se activan en la acción sin que la enfermera tenga clara conciencia de ello a no ser después de procesos de reflexión y autodiálogo. Es un saber difícilmente formalizable en reglas o accesible al lenguaje porque es concreto y se halla en un proceso constante de comprensión-transformación-comprensión (Kim, 1994). Por ello, en el prácticum, además de aplicar las reglas de los protocolos, las alumnas deberían aprender las formas de indagación que las enfermeras usan cuando se hallan inmersas en las situaciones inestables, ambiguas y poco claras de la práctica cotidiana. El aprendizaje solo es accesible a través de la reflexión en la acción.

Desde esta perspectiva el prácticum de enfermería debería: ser el hilo conductor en torno al cual se estructura todo el currículum de Enfermería, el prácticum no es la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan, el prácticum supone una visión dialéctica de la relación entre conocimiento y acción, el prácticum es un proceso de investigación, el prácticum debe ayudar a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que analíticos, el papel de la profesora de prácticas es sumamente relevante en tanto que guía en la práctica y en la reflexión en la acción (Medina, 1999).

En la misma línea Bardají Fandos (2008) apunta que la práctica clínica, en sí misma, no genera conocimiento, y como mucho permite fijar ciertas rutinas. La buena práctica, la que permite avanzar hacia cotas más elevadas de desarrollo profesional, es la práctica reflexiva.

1.1.4 Evaluación

1.1.4.1 Evolución de la evaluación educativa hasta el EEES

Se entiende por evaluación al proceso sistemático de recopilación de información (cualitativa y/o cuantitativa) para enjuiciar el valor o mérito de algún ámbito de la educación (aprendizajes, docencia, programas, instituciones, sistemas nacionales de educación), previa comparación con unas normas o criterios determinados con anterioridad y que responden a instancias de referencias específica (Pimienta Prieto, 2008). No obstante el concepto de evaluación ha ido cambiando y adaptándose a las necesidades y corrientes sociopolíticas de cada momento (Castro Yuste, 2014).

De forma genérica y previamente a la Edad Media, la evaluación estaba centrada en la diferenciación y selección de personas, en contextos educativos o laborales. Es en la Edad Media cuando se empiezan a utilizar exámenes de manera más formal en los albores de la Universidad. Conforme avanzan los siglos comienza a aumentar la demanda y el acceso a la educación y se acentúa la necesidad de comprobar los méritos individuales con lo que el modelo de examen se va formalizando (Escudero Escorza, 2003; Pimienta Prieto, 2008).

Posteriormente, la influencia del positivismo, el empirismo, el desarrollo de la estadística y la necesidad de crear mecanismos de acreditación debido a la industrialización de la sociedad implica la creación de sistemas evaluativos basados en test que permitían medir y discriminar individualmente. Bajo este paradigma evaluativo el evaluador actúa como un técnico que mide (Escudero Escorza, 2003).

Como apunta Pimienta Prieto (2008) esta etapa previa a la aparición de las teorías de Tyler se puede considerar asistemática, sin embargo señala que tiene un gran valor para la evaluación educativa dado que sentó las bases de la evaluación con rigor científico.

Fue a mediados del siglo XX cuando Tyler (1950) planteó la necesidad de desarrollar una evaluación científica que sirviese para perfeccionar la calidad de la educación. El método sistemático

de evaluación educativa propuesto por Tyler, muy influido por el pragmatismo y la psicología conductista, implicaba que la evaluación consistía en un proceso cuya finalidad era determinar en qué medida habían sido alcanzados unos objetivos previamente establecidos y debidamente definidos en términos de conducta. Es decir, lo que se pretendía era determinar el cambio ocurrido en los alumnos, aunque también se consideraba la evaluación el medio para informar sobre la eficacia del programa educativo.

A los postulados de Tyler le siguió una etapa en la que el estudio de la evaluación decayó como respuesta a la necesidad de olvidar los estragos vividos durante la Segunda Guerra Mundial. En esta etapa lo importante fue centrarse en la sociedad de consumo y el despilfarro, incluso de los recursos naturales (Pimienta Prieto, 2008).

Durante los años 60 y 70, se inicia un periodo de enriquecimiento en el ámbito conceptual y metodológico de la evaluación que empieza a valorarse desde un punto de vista multidimensional. Además, en base a las investigaciones desarrolladas en estos años el evaluador no es un mero descriptor de la realidad, sino que además la valora y la juzga en base a distintos criterios. Destacan en esta época Cronbach (1963) y Scriven (1967). El primero asoció el concepto de evaluación al de toma de decisiones y propuso que la evaluación se usara para mejorar un programa durante la aplicación del mismo. No obstante, son las aportaciones que realizó Scriven las que resultan de más interés, especialmente las relativas a la distinción de dos funciones de la evaluación: la formativa y la sumativa. En palabras de Tejada Fernández y Ruiz Bueno (2016) la diferencia entre ambas radica en que la evaluación formativa está concebida como evaluación para el desarrollo de competencias, centrando la atención en las actividades de aprendizaje y su mejora, la retroalimentación continua, la reflexión sobre el proceso, la autoevaluación y la colaboración; mientras que, la evaluación sumativa estaría ligada a la evaluación de las competencias, se conectaría con el desempeño, las realizaciones, los niveles de logro, las evidencias y la gestión eficaz de situaciones. Los desarrollos de estos años no están libres de crítica, sobre todo las de Eisner (1967, 1969) y Atkin (1968) que señalan la escasa atención que se presta durante la evaluación a los objetivos de tipo afectivo.

Durante los años 70 y 80 existe una gran proliferación de modelos evaluativos que vienen a plantear la pluralidad de la evaluación en tanto que concepto, criterio, procesos evaluativos, objetivos de evaluación, funciones de la evaluación, audiencia, papel del evaluador y metodología de evaluación (Escudero Escorza, 2003; Pimienta Prieto, 2008).

A finales de los 80, Guba y Lincoln (1989) inauguran el modelo constructivista que nace para dar respuesta a las deficiencias de los modelos previos tales como una visión gestora de la evaluación, una escasa atención al pluralismo de valores y un excesivo apego al paradigma positivista (Escudero Escorza, 2003). En palabras de Coll (1996) el constructivismo pone el acento en la aportación constructiva que realiza el alumno al propio proceso de aprendizaje; es decir, conduce a concebir el aprendizaje como un proceso de construcción del conocimiento a partir de los conocimientos y de las experiencias previas, y la enseñanza como una ayuda a este proceso de construcción. Guba y Lincoln (1989) definen la evaluación como un proceso sociopolítico, colaborativo, de enseñanza-aprendizaje, continuo, recursivo, divergente, emergente, con resultados impredecibles y que crea realidad. Castro Yuste (2014) señala que en la corriente constructivista la evaluación se integra en la docencia, exigiendo la utilización de metodologías y formas de aprendizaje abiertas en las que las mismas actividades y la relación profesor-alumno permitan un conocimiento constante del grado de aprendizaje y aprovechamiento del trabajo realizado. Este enfoque añade a las características del evaluador tradicional, técnico y analista, las de recoger e interpretar datos cualitativos, ser capaz de guiar el aprendizaje teniendo en cuenta la perspectiva del alumno, valorando sus aportaciones y reconduciendo sus errores.

Para finalizar, Stufflebeam (1966), diseñador del modelo CIPP (Contexto, Input, Proceso, Producto) de evaluación durante los años 60 y 70, realizó, durante los 90, varias recomendaciones en torno a la planificación evaluativa (Stufflebeam, 1994, 1998, 1999, 2000, 2001). Para este autor es importante que la evaluación satisfaga criterios de utilidad, factibilidad, legitimidad y precisión. Además, propone que esta debe responder a los principios de la sociedad democrática y considera que ha de tener en cuenta el valor, el mérito y su significación en la sociedad. También apunta a que

los roles y responsabilidades de los evaluadores e instituciones deben de ser claros y se debe rendir cuentas del cumplimiento de estos. Por otro lado, desde el punto de vista de la planificación evaluativa recomienda que se realicen evaluaciones del contexto, las entradas, el proceso y el producto de manera prospectiva y retrospectiva. Orienta además la evaluación hacia la mejoría de los procesos de aprendizaje y plantea que esta debe tener componentes formativos y sumativos. Propone potenciar la autoevaluación del alumnado. También considera necesario incluir en la evaluación a los implicados en el proceso. Aboga por utilizar una multiplicidad de perspectivas, medidas e instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos y da importancia a la realización de metaevaluaciones formativas y sumativas. Según Escudero Escorza (2003) Stufflebeam invoca a la responsabilidad del evaluador, que debe actuar de acuerdo a principios aceptados por la sociedad y a criterios de profesionalidad, emitir juicios sobre la calidad y el valor educativo del objeto evaluado y debe asistir a los implicados en la interpretación y utilización de su información y sus juicios; sin inmiscuirse en la lucha y la responsabilidad política por la toma de decisiones y por las decisiones tomadas.

1.1.4.2 La evaluación educativa en el EEES

El cambio paradigmático que supuso el EEES para los modelos educativos también influyó en la forma en la que se evalúa. Cano García (2008) propone aprovechar la influencia que la evaluación tiene en el proceso enseñanza-aprendizaje y pasar de una 'evaluación de los aprendizajes' a una 'evaluación para los aprendizajes'; buscando que esta logre que los alumnos aprendan mejor y estén más preparados para lograr un adecuado desempeño de sus competencias.

Autores como Villardón Gallego (2006) o Tejada Fernández y Ruiz Bueno (2016) proponen que la evaluación es el elemento principal que orienta y motiva el aprendizaje del alumno, así como la propia enseñanza. De hecho, como dice Castro Yuste (2014) la evaluación permite identificar los avances y deficiencias en la formación de los estudiantes, y orientar las estrategias y metodologías docentes para adquirir una mejor adquisición de las mismas.

Quizás lo más característico de la evaluación en este marco educativo es la evaluación de competencias. Esto implica, como señala Cano García (2008), que la evaluación es a la vez lo que mide el efecto del aprendizaje y lo que lo genera. En este sentido, la evaluación debe constituir una oportunidad para aprendizaje y no utilizarse para seleccionar a aquellos que poseen unas determinadas competencias, sino para promover estas apostando por la evaluación formativa. Por otro lado, la evaluación no puede limitarse a la calificación y es necesario el uso de instrumentos complejos y variados, además de implicar a varios agentes del proceso educativo. En último término, la evaluación ha de hacer más consciente a los estudiantes de cuál es su nivel de competencias, de cómo resuelven las tareas y qué puntos fuertes deben potenciar y qué puntos débiles deben corregir. Es decir, es necesaria la adquisición de competencias de autorregulación y autoaprendizaje.

En la misma línea Tejada Fernández y Ruiz Bueno (2016) también señalan la importancia de pensar en el hecho evaluativo y su proceso. Esto implica reflexionar sobre qué evaluar (objeto, indicadores, criterios), cómo evaluar (modelos y estrategias), para qué evaluar (finalidades y toma de decisiones), cuándo evaluar (momento evaluativo), con qué evaluar (instrumentos, técnicas o dispositivos de recogida de información) y quién evalúa (agentes evaluadores). A continuación, se muestra la Tabla 1-11 dónde se propone un ejemplo de todo lo anterior.

Tabla 1-11*El hecho evaluativo*

ETAPAS	ELEMENTOS	EJEMPLOS
Qué evaluar	Objeto, indicadores, criterios	Conocimientos sobre la Diabetes y su aplicación
Cómo evaluar	Modelos y estrategias	Examen tipo test y caso clínico
Para qué evaluar	Finalidades y toma de decisiones	Evaluación sumativa
Cuando evaluar	Momento evaluativo	Final de curso
Con qué evaluar	Instrumentos, técnicas o dispositivos de recogida de información	Examen y plan de cuidados
Quién evalúa	Agentes evaluadores	1 examinador

Por último, como reflexión final de este apartado, son interesantes las palabras de Palomino Moral et al. (2005) que apuntan que el nuevo enfoque que ofrece el EEES implica la necesidad de orientar las estrategias de enseñanza a facilitar el progreso y la construcción de aprendizaje del alumno, para que sea capaz de integrar información, elaborar planes de acción y tomar decisiones, dejando atrás la evaluación tradicional centrada, exclusivamente, en que el alumno retenga y memorice conocimientos.

1.1.4.3 Evaluación de la competencia clínica en educación sanitaria

Al margen de los enfoques evaluativos expuestos con anterioridad, que son modelos genéricos de evaluación, es necesario mencionar a Miller (1990), dado que el suyo ha sido uno de los más utilizados en educación sanitaria. Este autor representó su modelo como una pirámide con cuatro niveles de evaluación ordenados según su complejidad. La pirámide de Miller (Figura 1-4) ayuda a concretar qué es lo que se desea evaluar y permite elegir los instrumentos más idóneos para cada nivel (Tabla 1-12). El modelo de Miller resume el constructo de la competencia clínica y permite operacionalizar su evaluación, así como la elección de los instrumentos de medida en función de la competencia a evaluar.

Figura 1-4

Pirámide de Miller



Nota: Adaptado de Miller (1990).

En la base de la pirámide se encuentran los conocimientos que se deben saber. Es decir, como apuntan Tejada Fernández y Ruiz Bueno (2016), el conjunto de conocimientos teóricos que todo profesional debe dominar como fundamento de la práctica profesional. En el siguiente nivel se encuentra la capacidad para saber cómo utilizar esos conocimientos en un contexto determinado. Posteriormente, se avanzaría hacia la demostración de cómo el profesional utiliza esos conocimientos, en definitiva, saber cómo actúa el individuo ante una situación clínica específica. Por último, estaría lo que el profesional hace realmente en su práctica asistencial.

Es evidente que no hay ningún método de evaluación que pueda, por sí solo, evaluar todos los aspectos que determinan algo tan complejo como la prestación de servicios de un profesional de la salud (Miller, 1990). Esto implica que sería necesario utilizar varios instrumentos que permitan evaluar los diferentes aspectos de la formación de los estudiantes. Esta premisa, como se apuntaba anteriormente, es compartida por otros autores (Cano García, 2008; Gonczi, 1994; Lejonqvist et al., 2016; Scriven, 1967; Stufflebeam y Shinkfield, 1987; Tejada Fernández, 1999; Tejada Fernández y Ruiz Bueno, 2016).

En la Tabla 1-12 se puede observar cómo los niveles superiores de la pirámide permiten evaluar de una manera más completa las competencias de los estudiantes. En este sentido, en los últimos años, se han desarrollado sistemas de evaluación como la ECOE y el portafolio, que se relacionan con los niveles 'demuestra cómo' y 'hace' respectivamente (Tejada Fernández, 2011; Tejada Fernández y Ruiz Bueno, 2016).

En este contexto, puede entenderse que uno de los grandes retos a los que se enfrentan las instituciones que forman profesionales de enfermería es la evaluación de las competencias de sus estudiantes. Como se señalaba anteriormente el concepto de competencia está formado por distintos componentes y su evaluación es un proceso complejo.

Tabla 1-12

Niveles de evaluación e instrumentos de evaluación

NIVEL DE EVALUACIÓN	INSTRUMENTO EVALUATIVO
<p>1^{er} nivel Saber: Evaluación de los conocimientos.</p>	<p>Preguntas de elección múltiple. Preguntas de respuesta abierta. Pruebas orales.</p>
<p>2^o nivel Saber cómo: evaluación de los conocimientos aplicados de forma teórica al contexto clínico.</p>	<p>Pruebas de elección múltiple con viñetas clínicas. Preguntas de respuesta abierta con viñetas clínicas. Desarrollo de casos clínicos. Pruebas orales en base a casos clínicos. Simulaciones por ordenador.</p>
<p>3^{er} nivel Demuestra cómo: evaluación de la práctica in vitro.</p>	<p>Pruebas ECOE. Pacientes simulados estandarizados. Maniquís. Simulación virtual por ordenador.</p>
<p>4^o nivel Hacer: evaluación de la práctica in vivo.</p>	<p>Observación de la práctica real (directa, videgrabaciones). Revisión de historias clínicas (auditar). Pacientes simulados de incógnito. Cuadernos de aprendizaje (portafolio). Ficha crítica. Evaluación por pares. Valoración de 360° (evalúan varios de los implicados en el proceso evaluativo).</p>

Nota: ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. Adaptado de Solà Pola (2014) y Urcola Pardo et al. (2018).

1.1.4.4 Evolución de la evaluación en la formación universitaria en Enfermería en España

Medina (1999) y Granero Molina et al. (2010) informan que la educación enfermera ha estado muy influenciada por el modelo tyleriano lo que ha repercutido en los planteamientos curriculares de los estudios conducentes a la titulación. Este modelo de corte conductista, positivista y eficientista, ha afectado también a la forma en la que se han desarrollado los procesos de enseñanza-aprendizaje y de evaluación. Básicamente la idea que trasciende a este modelo es la de que la planificación curricular y evaluativa, propuesta por la autoridad docente, está compuesta por un cuerpo teórico de conocimientos que el docente enseña y que el alumno aprende y un espacio técnico donde el estudiante demuestra habilidades. Bajo esta perspectiva la evaluación tiene la función de comprobar que el alumnado ha adquirido esos conocimientos y habilidades en base a una serie de objetivos

definidos previamente. Este modelo educativo y evaluativo se reconoce fácilmente en los planes de ATS y DUE, especialmente al inicio de la transición a la diplomatura.

Medina (1999) plantea que la adopción de otros elementos paradigmáticos en la formación y evaluación de las enfermeras es necesario. Partiendo de su concepción de la disciplina enfermera como práctica social es preciso cambiar el modelo curricular y evaluativo de la formación enfermera. Prestando atención al desarrollo de elementos críticos, éticos y reflexivos y centrando el desarrollo curricular en torno a la práctica clínica, espacio en el que se desarrolla el cuidado y del que no se puede desvincular. En la misma línea, Benner (1984) indica que solo los niveles competenciales de principiante y competente, es decir los de nivel más bajo, pueden ser evaluados atendiendo a atributos y aspectos sacados de contexto. Considera que para estimar la actuación de las categorías profesionales superiores se precisan técnicas de un orden más global y cualitativo; y defiende los métodos evaluativos basados en la narración de incidentes críticos.

Las nuevas perspectivas educativas y evaluativas introducidas por el EEES y la evaluación por competencias orientan el proceso evaluativo hacia la propuesta de Medina (1999) que impone una nueva perspectiva. Esta se aleja de la concepción evaluativa tradicional en la que imperaba la comprobación, fundamentalmente, de la capacidad para recordar conocimientos abstractos, sin referentes reales y de carácter finalista, certificador y poco formativo. En este nuevo contexto la multiplicidad de instrumentos evaluativos que se aplican durante la formación de grado para evaluar al alumnado permite una evaluación más integral y holística. En la misma línea, Pimienta Prieto (2008) añade que en el contexto universitario se debe poner énfasis en evaluaciones centradas en el estudio de casos, el análisis de proyectos o tareas y la observación directa de ejecuciones específicas, especialmente durante las prácticas.

1.1.4.4.1 Algunos instrumentos para evaluar las competencias en situaciones de práctica clínica en la formación enfermera

Una vez realizado un repaso por el concepto de evaluación y su desarrollo hasta la actualidad, tanto de forma general como en la propia disciplina, se describen a continuación alguno de los sistemas de evaluación más importantes en la evaluación de situaciones de práctica clínica.

1.1.4.4.1.1 *Portafolio*

Pimienta Prieto (2008) apunta que los portafolios son, en general, carpetas divididas por aspectos, temas o capítulos, donde se recopilan los productos de aprendizaje durante un periodo determinado e indica que “recientemente se les ha otorgado mucha importancia como método para evaluar los aprendizajes de los estudiantes, ya que es posible captar en un solo momento el desarrollo de los aprendizajes”.

Por otro lado, Cortes de las Heras y Añón Roij (2013) los definen como colecciones de trabajos o registros de conducta que en conjunto proporcionan una imagen global de competencias en un área de aprendizaje amplia. Se utiliza generalmente como una herramienta de documentación global en aprendizajes para los que se quiere seguir su proceso y evolución, o para recoger evidencias sobre habilidades en una materia.

También Tejada Fernández (2011) refiere que el portafolio es una colección selectiva, deliberada y validada de los trabajos realizados donde se refleja la evolución y progreso durante un periodo de tiempo. Además, considera que este instrumento promueve la evaluación formativa, favoreciendo el desarrollo de competencias de independencia, autonomía, reflexión y auto orientación o autorregulación; y añade que el portafolio tiene una función estructurante, organizadora del aprendizaje y que estimula los procesos de desarrollo profesional.

Como ventajas del instrumento se citan: potencia el trabajo continuo, promueve habilidades de reflexión y autoevaluación, desarrolla la autonomía y la motivación por aprender, desarrolla el

pensamiento crítico y reflexivo y ofrece un material diversificado (Cortés de las Heras y Añón Roij, 2013; García-Carpintero Blas et al., 2015).

No está exento de desventajas dado que puede generar inseguridad e incertidumbre en el alumnado, exige la dedicación de tiempo por parte del docente y el estudiante, implica un alto grado de compromiso y responsabilidad y se puede caer en una evaluación subjetiva (Cortés de las Heras y Añón Roij, 2013; García-Carpintero Blas et al., 2015).

Según García-Carpintero Blas et al. (2015) con esta metodología se busca que los estudiantes sean conscientes de los cambios producidos a lo largo de su proceso de aprendizaje, que autorregulen su forma de aprender y reflexionen sobre los beneficios y dificultades encontradas para poder así ayudarles y estimularles.

Esta metodología, que encaja perfectamente con los preceptos del EEES porque facilita un aprendizaje más reflexivo, autónomo y participativo, se ha ido introduciendo progresivamente en la formación Enfermera en nuestro país, preferentemente en el aprendizaje teórico (Canalejas Pérez, 2010; Olivé Ferrer, 2004, 2010), siendo preceptivo que se incluya en el práctico clínico por sus capacidades para estimular el pensamiento reflexivo (Coffey, 2005; García-Carpintero Blas et al., 2015; Hilliard, 2006; Tracy et al., 2000). De hecho, en una revisión reciente Katebi et al. (2020) hallaron que los estudiantes que utilizaban el portafolio durante sus prácticas clínicas obtenían mejores resultados en los niveles de desempeño de competencias clínicas que los que seguían métodos tradicionales.

En cualquier caso, en universidades como la de Cádiz o la de Valladolid-Campus de Soria (Castro Yuste, 2014; FCCSS-UVA, 2021) utilizan esta metodología para el seguimiento y evaluación del alumnado durante sus prácticas clínicas. También en la Universidad Autónoma de Madrid en un estudio de 2010 se concluía que la implementación del portafolio redundaba en una alta percepción de utilidad y de mejora para el aprendizaje por parte de los estudiantes a pesar de las dificultades percibidas por estos en un proceso que requería de escritura reflexiva, trabajo diario y autoevaluación

(Serrano-Gallardo et al., 2010). Más recientemente García-Carpintero Blas et al. (2019) también utilizó este instrumento para conocer las experiencias del alumnado en el paso por las prácticas clínicas.

1.1.4.4.1.2 *Diario Reflexivo*

El uso de narrativas para favorecer el aprendizaje y la evaluación del alumnado durante sus prácticas clínicas es un método cada vez más habitual en el ámbito de la enfermería (Bardají Fandos, 2008; Ferrer Hernández, 2010; Gómez Moreno, 2010; Lora López et al., 2008; Mlinar Reljić et al., 2019; Roca i Caparà et al., 2011; Siles González et al., 2009; Steven et al., 2020).

Gómez Moreno (2010) lo define como:

“Un método de aprendizaje, seguimiento y evaluación docente utilizado con estudiantes de Enfermería que realizan prácticas clínicas que consiste en la narración de acontecimientos, conceptos teóricos o puestos en práctica, no de manera meramente secuencial, sino como reflexión de la experiencia vivida durante el aprendizaje. Supone, además, una conversación con uno mismo, es decir es un proceso de naturaleza interactiva que permite al que escribe confrontarse con su propio pensamiento”.

Medina (2004) apoya que el diario tenga una estructura concreta y organizada. Propone que conste de tres partes:

1. Descripción donde se recoge el relato sobre las experiencias vividas. Aparecen los acontecimientos, modelos y valores observados durante las prácticas, descritos con su sentido original y de forma objetiva.
2. Reflexión donde aparece la verdadera conversación reflexiva. Se trata de hacer una descripción analítica, reflexionada y argumentada, de las ideas, sugerencias, sentimientos y sensaciones que han surgido durante el contexto de la experiencia.
3. Transferencia donde se relaciona lo aprendido, tras su reflexión, con conocimientos previos, para enriquecer la maduración personal.

Bardají Fandos (2008) concluye en su revisión narrativa que el diario reflexivo puede considerarse un instrumento eficaz para potenciar los procesos reflexivos y para fomentar las capacidades cognitivas de estos. Asimismo, puede resultar útil como herramienta de autoaprendizaje

de los estudiantes de enfermería que realizan el Prácticum. A la vez, puede considerarse como un buen método de seguimiento y de evaluación de los alumnos que realizan las prácticas clínicas. Lora López et al. (2008) o Siles González et al. (2009) llegan a conclusiones similares en términos de aprendizaje y adquisición de competencias.

En la actualidad, universidades como la de Sevilla mantienen en el Prácticum de los estudios de Grado en Enfermería el uso del diario reflexivo como parte del proceso evaluativo de las prácticas clínicas (FEFP-US, 2021). También en otros contextos internacionales se utiliza este instrumento (Major, 2005; Mlinar Reljić et al., 2019)

1.1.4.4.1.3 La observación directa y las escalas de evaluación de competencias

La observación, más que un instrumento, es una técnica que centra su atención en la obtención de información sobre las conductas durante el desempeño profesional (Castillo Arredondo y Cabrerizo Diago, 2010; Tejada Fernández, 2011).

Durante la observación es habitual el uso de instrumentos de observación, generalmente diseñados para la ocasión, que permiten registrar las conductas observadas cuando se realiza una determinada actividad. Podemos encontrar listas de control o escalas de puntuación dicotómica (*check-lists*) o escalas de estimación o de puntuación categórica (tipo *Likert*). Las primeras se definen como técnica de observación sistemática que se centran en registrar la aparición o no de una conducta durante el periodo que dura la observación, pero sin delimitar su frecuencia o duración. Las escalas de estimación o de puntuación categórica pretenden graduar la presencia de una conducta basándose en una observación estructurada o sistemática. Son útiles para observar comportamientos que se producen con frecuencia y en la que interesa cuantificar su grado o intensidad. La diferencia entre ambas es que las escalas de estimación admiten graduación en la respuesta mientras que las listas de control o escalas de puntuación dicotómica simplemente admiten dos opciones, por ejemplo sí o no (Castillo Arredondo y Cabrerizo Diago, 2010).

Aunque el uso de escalas para la evaluación de competencias es una forma habitual de evaluación es destacable la aparición en los últimos años de varios instrumentos que, más allá de evaluar la competencia técnica y de habilidades, han orientado la evaluación hacia una perspectiva humanista. Varias de estas escalas tienen en común la fundamentación teórica en el modelo de Jean Watson (Sitzman y J. Watson, 2019).

En la Tabla 1-13 se muestra un resumen de las escalas validadas al castellano que cumplen estos criterios y un resumen de sus resultados de validez y fiabilidad. También se incluyen las escalas que no miden competencia, pero miden percepción de cuidados por parte del paciente, dado que pueden adaptarse fácilmente a la observación educativa en el contexto de enfermería.

Tabla 1-13

Escalas validadas al castellano que miden el nivel de competencia en cuidados o la percepción de cuidados

Autoría	Escala	Población	Medida	Validez y fiabilidad
Allande Cussó (2019) y Allande Cussó et al. (2021)	NIC-CA	Estudiantes n = 332	Evaluación competencias Relación enfermera-paciente	<p>CI: $\alpha = 0,94$.</p> <p>CV: adecuada validez de contenido conforme el modelo de J. Watson. Validado por autora del modelo. AFE: 5 factores.</p> <p>CRV: No correlación con estándar de oro (NCA). No se puede comprobar validez de criterio.</p> <p>CTV: No correlación con ISS. No se pudo evaluar validez de constructo convergente.</p> <p>No existen diferencias en función del sexo, la edad o el centro de prácticas. Sí se observaron diferencias entre universidades.</p>
Allande Cussó (2020)	CNPI	Panel de expertos	Evaluación competencias Relación enfermera-paciente	<p>Validez de aspecto y contenido asegurada mediante panel de expertos.</p> <p>No fiabilidad ni otras medidas de validez.</p>
Alonso et al. (2005)	NSNS	Pacientes n = 46	Percepción de cuidados	<p>CI: $\alpha = 0,86-0,98$.</p>
Ayala y Calvo (2017)	CBA	Pacientes n = 443	Percepción de cuidados	<p>CI: $\alpha = 0,96$.</p> <p>5 factores de la escala que reflejan los 10 factores propuestos por J. Watson.</p> <p>Se hallaron diferencias en función de la edad y el sexo a diferencia de lo hallado por los creadores de la escala original. También se hallaron diferencias en función del nivel educativo de los pacientes.</p>
Bustos Azócar et al. (2016)	CAI	Estudiantes n = 314	Evaluación competencias en cuidados	<p>CI: $\alpha = 0,58-0,80$.</p> <p>CV: AFE: 3 factores no coincidentes con los tres factores de la escala original.</p> <p>Las mujeres mayores puntuaciones en disposición de ayuda que los hombres. Los estudiantes de niveles básicos presentan menor disposición de ayuda que los de niveles avanzados.</p>

Autoría	Escala	Población	Medida	Validez y fiabilidad
Castro Yuste (2014) y Castro Yuste et al. (2018)	SAT-SPS	Estudiantes n = 499	Evaluación competencias en cuidados durante simulación clínica	CI: $\alpha = 0,85$. IRR: ICC = 0,55-0,90; KI = 0,10-0,86 y GT = 0,80-0,89. CV: revisión de expertos y CVI = 4,53 (4,20-4,80). AFE: 3 factores que explican el 37 % de la varianza. CTV: Adecuada validez de criterio por correlación con otras calificaciones.
Corredor Pardo (2005)	CAI		Evaluación competencias Relación enfermera-paciente	CI: $\alpha = 0,86$. IRR: ICC = 0,66. Los diferentes factores correlacionan entre sí.
Fernández Ayuso et al. (2017)	CAT-V	Pacientes n = 349	Percepción de cuidados	CI: $\alpha = 0,95$. CV: AFE: 3 factores que explican el 59,3 % de la varianza. El AFE con tres factores no es coincidente con los datos procedentes de la población norteamericana.
Gómez del Pulgar García-Madrid (2011) y Gómez del Pulgar García-Madrid et al. (2017)	ECOEnf	Enfermeras n = 32-39	Evaluación competencias	CV: CVI = 0,85. CI: KI = 0,83 y $\alpha = 0,99$.
Huércanos Esparza (2011)	PECIE	Pacientes n = 30	Percepción cuidados invisibles	CI: $\alpha = 0,95$. CV: AFE: 3 factores que explican el 76 % de la varianza. CRV: Correlación positiva con NSNS. Adecuada validez de criterio. IRR: ICC = 0,95. Puntuaciones más altas en pacientes que en familiares, en agudos que, en crónicos, en pacientes rurales que en urbanos.
Huércanos Esparza et al. (2021)	PINC-H	Pacientes n = 381	Percepción cuidados invisibles	CI: $\alpha = 0,96$. CV: AFE: 3 factores, que explican el 64 % de la varianza. CRV: Correlación positiva con NSNS. Adecuada validez de criterio. IRR: ICC = 0,89. No correlación con nivel de calidad de vida percibida.
Lagunes-Córdoba y Hernández Manzanares (2012)	EECEE	Pacientes n = 150	Percepción de comportamiento ético	CI: $\alpha = 0,85$. CTV: AFE: 4 factores que explican el 64 % de la varianza.
Moreno et al. (1998)	Care-Q	Pacientes	Percepción de cuidados	CI: $\alpha = 0,90$.
Müggenburg et al. (2015)	CECOP	Pacientes n = 150	Percepción de cuidados comunicacionales	CI (versión larga): $\alpha = 0,81$. CI (versión corta): $\alpha = 0,80$. CV: AFE (versión corta): 2 factores que explican el 54,6 % de la varianza. CTV (versiones larga y corta): Correlación positiva con CAT y escalas numéricas de comprensión empática y satisfacción del paciente. Adecuada validez de constructo.
Pascual Fernández et al. (2019)	ICAS	Enfermeras n = 188	Evaluación competencias comunicacionales	CI: $\alpha = 0,88$. CV: AFE: 4 factores que explican el 49,3 % de la varianza.
Poblete-Troncoso et al. (2012)	CES NCA	Enfermeras n = 360	Percepción del cuidado	CI (CES): $\alpha = 0,76$. CI (NCA): $\alpha = 0,82$. CV (CES): unidimensional. CV (NCA): AFE: 6 factores que explican el 100 % de la varianza. CTV: Correlación positiva entre CES y NCA y negativa con IRI. Adecuada validez de constructo.
Sepúlveda Carrillo et al. (2009)	Care-Q	Pacientes n = 250	Percepción de cuidados	CI: $\alpha = 0,87$. CV: AFE: 6 factores que explican el 52 % de la varianza.

Autoría	Escala	Población	Medida	Validez y fiabilidad
Urcola Pardo et al. (2017)	CIBISA	Estudiantes n = 180	Aprendizaje en cuidados	CI: $\alpha = 0,88$. CV: Revisión por grupo de expertos. Validez de contenido adecuada. AFE: unidimensional. No diferencias en función de variables sociodemográficas o académicas.

Nota: α : Alfa de Cronbach; AFE: Análisis Factorial Exploratorio; CAI: *Caring Ability Inventory*; Care-Q: Escala Care-Q; CAT-V: *Caring Assessment Tool-V*; CBA: *Caring Behaviors Assessment Tool*; CECOP: Comportamientos de las enfermeras relacionados con su forma de comunicación observada por los pacientes; CES: *Caring Efficacy Scale*; CI: Consistencia interna; CIBISA: Escala CIBISA; CNPI: *Caring Nurse Patient Interactions Scale*; CRV: Validez de criterio; CTV: Validez de constructo; CV: Validez de contenido; CVI: Índice de validez de contenido; EECEE: Escala de evaluación de la conducta ética del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes; ECOEnf: Escala de Evaluación de competencias para el Grado en Enfermería; GT: Teoría de la Generalizabilidad; ICC: Coeficiente de Correlación intraclase; ICAS: *Interpersonal Communication Assessment Scale*; IRI: *Interpersonal Reactivity Index*; IRR: Fiabilidad interobservador; ISS: Inventario de Situaciones Sociales; KI: Índice Kappa; n: tamaño de la muestra; NCA: *Nyberg Caring Assessment*; NIC-CA: *Nursing Interactions in Caring-Competence Assessment*; NSNS: *Newcastle Satisfaction with Nursing Scales*; PECIE: Escala de Percepción Cuidados Invisibles Enfermería; PINC-H: *Perception of Invisible Nursing Care-Hospitalisation questionnaire*; SAT-SPS: *Student Assessment Tool for Standardized Patient Simulations*.

1.1.4.4.1.4 Evaluación Clínica Objetiva Estructurada

1.1.4.4.1.4.1 Conceptos generales

La ECOE es un método de evaluación descrito por Harden et al. (1975) que se sitúa en el tercer nivel de evaluación propuesto por Miller (1990).

Harden et al. (1975) definieron la ECOE como una metodología destinada a evaluar de manera planificada, objetiva y estructurada los componentes que configuran la competencia clínica en situaciones clínicas simuladas. De manera similar, R. Watson et al. (2002) lo definen como un examen donde los estudiantes demuestran sus competencias en una variedad de condiciones simuladas. Ahuja

(2009) para describirlo dice que una ECOE, como su nombre indica, es una evaluación objetiva y estructurada de las habilidades prácticas con la que se pueden evaluar un amplio rango de competencias clínicas.

Arnau-Figueras y Martínez-Carretero (2009) indican que durante la ECOE el estudiante va pasando por estaciones consecutivas en las que se utilizan distintas herramientas evaluativas. En cualquier caso, la base fundamental de la misma es la representación de la realidad que vive el profesional mediante la utilización de pacientes simulados estandarizados.

Solà Pola (2014), en su tesis doctoral, desglosa el concepto ECOE y describe cada uno de los cuatro elementos que lo componen: a) Evaluación: evalúa los elementos que conforman la competencia de un estudiante de enfermería; b) Clínica: la prueba presenta situaciones simuladas de la práctica enfermera; c) Objetiva: la lista de evaluación de las respuestas correctas de los casos está determinada con anterioridad por el comité de prueba; y d) Estructurada: el comité de prueba busca situaciones representativas en diferentes ámbitos de actuación asistencial y las selecciona según criterios de prevalencia y relevancia clínica.

Harden et al. (1975) plantearon este examen por los problemas metodológicos y de objetividad que observaron en la evaluación de las competencias clínicas de los estudiantes de medicina. Anteriormente, la evaluación clínica de los estudiantes consistía en la observación directa del desempeño de los alumnos durante un examen clínico con un número reducido de pacientes reales que se caracterizaba porque cada alumno era evaluado por diferentes examinadores y con diferentes pacientes lo que ponía en duda la objetividad, la validez y la fiabilidad de la evaluación.

La ECOE original (Harden et al., 1975; Harden y Gleeson, 1979) se componía de una serie de 16 estaciones de unos cinco minutos de duración cada una. Se alternaban estaciones en las que se usaban pacientes reales o simulados con otras escritas. Normalmente las primeras se utilizaban para realizar una exploración física al paciente o se le realizaba una recogida de la historia clínica y en las segundas se hacían preguntas relativas a lo acontecido en las estaciones anteriores. Los estudiantes

rotaban por las diferentes estaciones hasta pasar por cada una de ellas y completar el examen. Mientras los estudiantes pasaban por las estaciones eran evaluados por un examinador que se apoyaba en listas de control en las que se indicaba si el alumno demostraba o no una determinada competencia.

La ECOE, como cualquier otro método de evaluación tiene ventajas y desventajas, que deben ser tenidas en cuenta. En la Tabla 1-14 se enumeran las principales ventajas y desventajas consideradas por varios autores (Bartfay et al., 2004; Bujack et al., 1991a; Roberts y Brown, 1990; Rushforth, 2007; Salguero-Cabalgante et al., 2015; Schuwirth y Van der Vleuten, 2003; Selim et al., 2012; Solà Pola, 2014; Solà Pola et al., 2011; R. Watson et al., 2002).

Tabla 1-14

Ventajas y desventajas de la ECOE

FORTALEZAS	LIMITACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor objetividad que otros sistemas de evaluación. • Alto nivel de validez y fiabilidad. • Amplio rango de examinadores que disminuyen el riesgo de sesgo de sus evaluaciones. • Mayor número de competencias evaluadas. • Es bien aceptada por profesores y estudiantes. • Motivador del aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genera estrés en el alumnado. Puede ser tenido en cuenta como ventaja dado que aumenta la validez, ya que la práctica real también resulta estresante. • Coste económico elevado • Compleja organización del proceso. • Mantenimiento en secreto del contenido de la ECOE si es necesario evaluar en diferentes momentos. • En enfermería, el modelo evaluativo no tendría en cuenta el cuidado integral puesto que un número elevado de estaciones, aunque mejora la fiabilidad de la prueba, puede fraccionar al paciente.

1.1.4.4.1.4.2 ECOE en enfermería: características, validez y fiabilidad

Aunque la ECOE fue creada para la evaluación de estudiantes de medicina (Harden et al., 1975), en los últimos años, ha sido utilizada para evaluar alumnos de otras disciplinas pertenecientes a las ciencias de la salud, por ejemplo, enfermería (Bartfay et al., 2004) o fisioterapia (Nayer, 1993; Wessel et al., 2003).

La primera experiencia documentada de una ECOE en enfermería es la de Van Niekerk y Lombard (1982) en Sudáfrica. Desde ese momento, se han desarrollado otros estudios en los que se ha utilizado la ECOE para la evaluación de competencias en alumnos de enfermería en todo el mundo: Australia (Bujack et al., 1991b, 1991a), China (Yang et al., 2013), Estados Unidos (Bramble, 1994; Corcoran et al., 2013; Rentschler et al., 2007; Todd et al., 2008), Egipto (Selim et al., 2012; Selim y Dawood, 2015), Irán (Delavar et al., 2013; Moattari et al., 2009), Irlanda (Brosnan et al., 2006; Meskell et al., 2015), Italia (Bagnasco et al., 2016; Bulfone et al., 2006; Palese et al., 2012), Korea (Cheung y Song, 2006; Han y Park, 2009), Malasia (Oranye et al., 2012) o Suecia (Mårtensson y Löfmark, 2013). Sin embargo, las mayores aportaciones a la investigación relacionada con la ECOE vienen de la mano de Reino Unido (Alinier, 2003; Baid, 2011; Cushing et al., 2011; Khattab y Rawlings, 2001, 2008; Major, 2005; Nicol y Freeth, 1998; O'Neill y McCall, 1996; Sabin et al., 2013; Ward y Barratt, 2005) y Canadá (Baxter y Norman, 2011; Dickieson et al., 2008; Ginsburg et al., 2015; McKnight et al., 1987; Roberts y Brown, 1990; Roberts y Norman, 1990; Ross et al., 1988; Walsh et al., 2010).

En España se localizaron varias experiencias de ECOE en enfermería. Solà Pola et al. (2011) fueron los primeros en poner en marcha una ECOE en enfermería en nuestro país. La ECOE constaba de 18 estaciones de 10 minutos de duración cada una en la que se evaluaron competencias asistenciales; actividades de promoción y prevención; conocimientos; trabajo en equipo; ética, valores y aspectos legales; e investigación, docencia y formación. Posteriormente, esta misma autora, realizó su tesis doctoral centrada en la ECOE, pero, en este caso, aportando un enfoque cualitativo con el que observó adecuados niveles de aceptabilidad de la prueba entre profesores y alumnos que, además, consideraban la ECOE objetiva, creíble, relevante, representativa y con utilidad para el aprendizaje (Solà Pola, 2014).

Castro Yuste et al. (2012) y Castro Yuste (2014), desde la Universidad de Cádiz, desarrollaron una ECOE para evaluar las competencias práctico-clínicas de 499 alumnos. El modelo de ECOE en este caso se alejó del original pudiéndose considerar una ECOE de caso más que una ECOE multiestación (Tabla 1-15). El número de estaciones fue de 2 a 4 y con duraciones de entre 10 y 15 minutos. Se

evaluaron competencias relativas a la valoración del riesgo cardiovascular, cuidados de la piel, diseño de un plan de cuidados, administración de medicación oral, valoración integral a una paciente embarazada y cambio de suero intravenoso siguiendo la pauta médica. En este caso, la puntuación media de los alumnos fue de 40,57 puntos (0-54 puntos posibles) y se obtuvieron valores óptimos de validez y fiabilidad.

Tabla 1-15

Diferentes modelos de ECOE utilizados en enfermería

ECOE Multiestación	Es la forma tradicional de la ECOE. Está compuesta por varias estaciones cortas de entre 10-30 minutos de duración. Los estudiantes rotan de una estación a otra hasta que completan el circuito. Todos los estudiantes son evaluados en las mismas estaciones. Este formato permite evaluar un amplio número de competencias a lo largo de la prueba.
ECOE basada en situaciones o casos*	Consta de una o dos estaciones largas en las que se evalúan con precisión diversos aspectos de la actuación entre el estudiante y el paciente o cliente simulado. Se evalúan varios aspectos sobre el mismo caso.
Evaluación <i>Top to Toe</i>	El estudiante debe demostrar su competencia en la realización de una exploración física completa del paciente o cliente simulado. Debe realizarse de forma sistemática en todos los sistemas del cuerpo humano.
ECOE con asignación aleatoria	Los alumnos son asignados o se les asigna un pequeño número de estaciones de un amplio número de escenarios posibles. No todos los estudiantes son evaluados bajo los mismos supuestos, aunque la asignación es aleatoria.

Nota: *También llamada *Objective Structured Clinical Assessment (OSCA)*. Adaptado de Rushforth (2007) y Solà Pola (2014).

Por último, Salguero-Cabalgante et al. (2015) introdujeron el modelo ECOE en la evaluación de un grupo de 34 Enfermeras Especialistas Residentes (EIR) de Obstetricia y Ginecología en Andalucía. La prueba incluyó 9 estaciones, de 10 minutos de duración cada una, con las que se pretendía evaluar competencias de valoración (del estado fetal, de la mujer embarazada), exploración física, habilidades clínicas (episiotomía), habilidades comunicacionales, educación sanitaria (lactancia, planificación familiar, métodos anticonceptivos) e investigación. La media global de cumplimiento de la prueba fue del 65,9 % y se obtuvieron niveles elevados de satisfacción entre los alumnos.

Para describir las características propias de la ECOE en enfermería, se muestran los hallazgos obtenidos tras la revisión de varios estudios que analizaron la validez y la fiabilidad de este método de evaluación con alumnado de enfermería (Navas-Ferrer et al., 2017) (Tabla 1-16).

Tabla 1-16

Validez y fiabilidad de la ECOE en estudiantes de enfermería

Estudio	Diseño	Participantes	Intervención	Comparación	Resultados
Bagnasco et al. (2016) Italia	Descriptivo	n = 421 Estudiantes de enfermería 1 ^{er} curso	ECOE (aleatoria) Habilidades comunicación 1 estación aleatoria 5 min/est 2 evaluadores EPC	-	IRR: KI = 0,99. IRR: LCC = 0,99. IRR: Gráfico Bland y Altman = poca variación entre observadores. CV: revisión de expertos, válida.
Baxter y Norman (2011) Canadá	Estudio pre-post test	n = 27 Estudiantes de enfermería 4 ^o curso	ECOE (de caso) Emergencias 3 estaciones 20 min/est 2 evaluadores EPC	Autoevaluación de los alumnos	CI: GT = 0,98. IRR: GT = 0,67. ISR: GT = 0,48. CV: revisión de expertos, válida. CRV: r (ECOES-A pre) = -0,23 (p>0,01) y r (ECOES-A post) = -0,29 (p>0,01).
Bujack et al. (1991b, 1991a) Australia	Descriptivo	n = no claro Estudiantes de enfermería 2 ^o y 3 ^{er} curso	ECOE (de caso) General 5-7 estaciones 10-45 min/est	Otros métodos de evaluación	Válida y fiable. Baja correlación con otros métodos de evaluación.
Castro Yuste et al. (2012) España	Descriptivo	n = 499 Estudiantes de enfermería 2 ^o y 3 ^{er} curso	ECOECE (de caso) General 2-4 estaciones 10-15 min/est 2 evaluadores EPC	-	CI: α = 0,86. IRR: ICC = 0,91. CV: revisión de expertos y CVI = 4,53 (4,20-4,80); válida. AFE = 3 factores que explican el 37 % de la varianza, válida. CRV: Adecuada validez de criterio, correlación con otras calificaciones.
Corcoran et al. (2013) EEUU	Descriptivo	n = 12 7 estudiantes de EPA 3 médicos en geriatría 2 medicina paliativa	ECOE (de caso) Geriatría y cuidados paliativos 3 estaciones 3 h total 2 evaluadores EPC	-	IRR: ICC = 0,22-0,52 (de bajo a medio). CV: revisión de expertos, válida.
Delavar et al. (2013) Irán	Descriptivo	n = 52 Estudiantes de matrona 4 ^o curso	ECOE (multiestación) Matronas 16 estaciones 6 min/est 1 evaluador EPD	Examen clínico final tradicional	CI: α = 0,67-0,86. CV: revisión de expertos, válida.
Ginsburg et al. (2015) Canadá	Descriptivo	n = 18 8 estudiantes de enfermería 10 estudiantes de medicina 4 ^o curso	ECOE (de caso) Seguridad del paciente 4 estaciones 6 min/est 2 evaluadores EPC	-	CI: α = 0,77-0,89. IRR: KI = 0,74-0,82. IRR: ICC = 0,81-0,90.

Estudio	Diseño	Participantes	Intervención	Comparación	Resultados
Meskeil et al. (2015) Irlanda	Descriptivo	n = 203 Estudiantes de enfermería 1 ^{er} curso	ECOЕ <i>on-line</i> General 4 estaciones 5 min/est 18 evaluadores EPC	-	CI: $\alpha = 0,67-0,69$ (moderada).
Moattari et al. (2009) Irán	Descriptivo	n = 37 Estudiantes de enfermería 4 ^o curso	ECOЕ (multiestación) General 10 estaciones 5-7 min/est 2 evaluadores EPD	Evaluación clínica habitual Evaluación teórica habitual	CI: r (ECOЕ-Estación) = 0,05-0,74. IRR: $r = 0,38-0,96$ ($> 0,70$ en 9 estaciones). CV: revisión de expertos, válido. CRV: r (ECOЕ-EC) = 0,52 ($p < 0,005$) y r (ECOЕ-TE) = 0,38 ($p < 0,03$).
Nicol y Freeth (1998) Reino Unido	Descriptivo	n = 200-250 (no está claro). Estudiantes de enfermería Novatos	ECOЕ (aleatoria) General 1 estación aleatoria 25-30 min/est 2 evaluadores EPC	-	Alta validez y fiabilidad aceptable.
Oranye et al. (2012) Malasia	Descriptivo	n = 311 Estudiantes de enfermería de posgrado.	ECOЕ (multiestación) Habilidades clínicas 5 estaciones 5 evaluadores	-	IRR: $\alpha = 0,92$.
Roberts y Brown (1990) Canadá	Descriptivo	n = 175 Estudiantes de enfermería. 75 1 ^{er} curso (N1) 75 3 ^{er} curso (N2) 25 estudiantes de posgrado (N3)	ECOЕ (multiestación) General 4-5 min/est 2 evaluadores	Otros métodos de evaluación	CI: α (N1) = 0,20. IRR: KI (N1) = 0,53-0,96 y KI (N3) = 0,59-0,91 y 0,62-0,99. TRR: ICC (N1) = 0,66-0,86. CV: revisión de expertos, válida. CRV: r (ECOЕ-OME N1) = 0,07-0,46 y r (ECOЕ-OME N3) = 0,10-0,34. PV: r (N1-N2) = 0,24-0,26 y r (N2-N3) = 0,13-0,26 (pobre).
Roberts y Norman (1990) Canadá	Descriptivo	n = 73 Estudiantes de enfermería 1 ^{er} curso	ECOЕ (multiestación) General 10 estaciones 5 min/est 2 evaluadores EPD	-	CI: $\alpha = 0,20$. IRR: ICC = 0,80-0,99. TRR: ICC = 0,66-0,86. CV: revisión de expertos, válida.
Sabin et al. (2013) Reino Unido	Descriptivo	n = 63 Estudiantes de enfermería 3 ^{er} curso	ECOЕ (multiestación) Farmacología 1 estación (18 problemas) 1-2 h total 4 evaluadores EPD	Evaluación basada en ordenador Farmacología	CI: α (ECOЕ) = 0,85 y α (EBPC) = 0,89-0,94. CRV: r (ECOЕ-EBPC) = 0,76-0,77 ($p < 0,01$).
Selim y Dawood (2015) Egipto	Descriptivo	n = 87 Estudiantes de enfermería No reportado	EVOE Psiquiatría 8 estaciones 5-12 min/est. 1 evaluador EPC	Examen final escrito	CI: $\alpha = 0,71$. CV: revisión de expertos, válida. CRV: r (EVOE-WE) = 0,60 ($p < 0,001$).
Selim et al. (2012) Egipto	Descriptivo	n = 76 Estudiantes de enfermería 4 ^o curso	ECOЕ (multiestación) Psiquiatría 13 estaciones 5 min/est 2 evaluadores EPD	Exámenes finales orales Exámenes finales escritos Evaluación clínica tradicional	CI: $\alpha = 0,29-0,80$ ($> 0,7$ en 7 estaciones) IRR: $\rho = 0,58-0,71$. CV: revisión de expertos, válida. CRV: ρ (ECOЕ-EC) = 0,54 ($p < 0,01$), ρ (ECOЕ-OE) = 0,34 ($p < 0,01$) y ρ (ECOЕ-WE) = 0,59 ($p < 0,01$).

Estudio	Diseño	Participantes	Intervención	Comparación	Resultados
Solà Pola et al. (2011) España	Descriptivo	n = 1803 Estudiantes de enfermería 3 ^{er} curso	ECOE (multiestación) General 18 estaciones 10 min/est EPD	-	CI: $\alpha = 0,51-0,71$. CV: revisión de expertos, válida.
Todd et al. (2008) EEUU	Descriptivo	n = 72 Estudiantes de enfermería Último curso	ECOE (aleatoria) General 1 estación aleatoria 2 evaluadores EPD	-	IRR: % de acuerdo entre examinadores = 62,5 %-100 %. CV: revisión de expertos y cuestionario, válida.
Walsh et al. (2010) Canadá	Descriptivo	n = 565 Estudiantes de enfermería 1 ^{er} curso	ECOE (aleatoria) General 1 estación aleatoria 22 min 1 evaluador EPC	-	CI: α (Factor 1) = 0,94 y α (Factor 2) = 0,71 CV: revisión de expertos, válida. AFE = 2 factores, válida.

Nota: α : Alfa de Cronbach; AFE: Análisis Factorial Exploratorio; ρ : Coeficiente de Correlación de Spearman; CI: Consistencia interna; CRV: Validez de criterio; CV: Validez de contenido; CVI: Índice de validez de contenido; EBPC: Evaluación basada en ordenador; EC: Evaluación clínica; ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada; ECOECE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada de Cuidados de Enfermería; EEUU: Estados Unidos de América; EPA: Enfermería de Práctica Avanzada; EPC: Escala de Puntuación Categórica (Tipo *Likert*); EPD: Escala de Puntuación Dicotómica (*check-list*); EVOE: Examen con Vídeo Objetivo Estructurado; GT: Teoría de la Generalizabilidad; h: horas; ICC: Coeficiente de Correlación Intraclase; IRR: Fiabilidad interobservador; ISR: Fiabilidad entre estaciones; KI: Índice Kappa; N1: Nivel 1; N2: Nivel 2; N3: Nivel 3; LCC: Coeficiente de concordancia de Lin; min/est: minutos/estación; n: tamaño de la muestra; OE: Examen Oral; OME: Otros métodos de evaluación; PV: Valor Predictivo; r: Coeficiente de Correlación de Pearson; SA: Autoevaluación; SCE: Examen de Simulaciones Clínicas; TE: Evaluación teórica; TRR: Fiabilidad intraobservador; WE: Examen escrito.

Adaptado de Navas-Ferrer et al. (2017).

En general, el diseño de los estudios revisados fue de tipo descriptivo menos uno que fue clasificado como estudio pre-post intervención. El número de alumnos reclutados en cada estudio fue variado. Se encontraron estudios que contaron con muestras amplias de más de 300 alumnos, aunque fueron minoritarios en comparación con los de muestras más pequeñas. En general, los participantes

fueron alumnos de enfermería de pregrado. Sin embargo, algunos de los estudios incluidos reclutaron estudiantes de posgrado, de matrona o de Enfermería de Práctica Avanzada. Otros incluyeron muestras mixtas en las que había estudiantes de enfermería (de pre y posgrado) y estudiantes de medicina (de pre y posgrado). El curso académico de los estudiantes fue variado. Entre los estudios en alumnos de enfermería de pregrado, cinco contaron con estudiantes de los primeros cursos y ocho con los de cursos finales. Hay tres estudios que optaron por evaluar alumnos de varios niveles.

En su mayoría, los investigadores optaron por desarrollar modelos de ECOE multiestación. También se observaron algunos estudios en los que se utilizaron ECOE de situación/caso. En cambio, otros optaron por la ECOE con escenarios de asignación aleatoria. Otras variantes fueron la aportada por Meskell et al. (2015) que propusieron el desarrollo de una ECOE *on-line* o la de Selim y Dawood (2015) que desarrollaron un Examen con Vídeo Objetivo Estructurado (EVOE).

Llegados a este punto es importante recordar que en enfermería se tiende a plantear modificaciones sobre la ECOE original que se separan en gran medida del modelo original propuesto por Harden et al. (1975), hecho que pone en duda la fiabilidad de la prueba (Rushforth, 2007). En la Tabla 1-15 se pueden ver diferentes aproximaciones o modelos de la ECOE utilizados en enfermería.

El número de estaciones osciló entre 1 y 18. En los casos en los que se optó por una estación esta se elegía aleatoriamente para cada alumno entre varios escenarios predefinidos. En algunos estudios se especificó la existencia de estaciones de simulación o de habilidades (pacientes simulados o maniqués), estaciones escritas (registros, elaboración de planes de cuidados y desarrollo de conocimientos), estaciones de laboratorio (interpretación de resultados) y estaciones de descanso que se iban alternando a lo largo de la ECOE. La duración de cada estación fue desde los 5 a los 45 minutos. En aquellos estudios que tenían varios tipos de estaciones los tiempos dedicados a cada una fueron diferentes y se ajustaban al objetivo de cada escenario.

Las competencias evaluadas mediante la ECOE también fueron variadas. Gran parte de los investigadores optaron por la evaluación de competencias de enfermería generales o básicas. Sin

embargo, otros delimitaron las competencias que se deseaban evaluar abordando, por ejemplo, habilidades de comunicación, competencias en situaciones de emergencia, competencias en geriatría y cuidados paliativos, competencias para matronas, competencias en seguridad del paciente, competencias en farmacología o competencias en psiquiatría.

La mayoría de los estudios indicaron que se contaba con la observación de dos examinadores independientes en cada estación. Generalmente, estos examinadores fueron entrenados y formados en la cumplimentación de los instrumentos de evaluación utilizados en cada estudio.

En general, se desarrollaron instrumentos o herramientas de evaluación creadas específicamente para cada estudio. Estos instrumentos consistían en varios ítems agrupados, o no, en diferentes categorías o dimensiones, que se puntuaban mediante una escala *Likert* o escala de puntuación categórica o bien mediante escalas de puntuación dicotómica. En algunos estudios no se reporta con claridad como es el instrumento con el que se evaluó al alumno.

Por último, los estudios que precisaron de pacientes simulados para realizar la ECOE optaron por varias alternativas. Castro Yuste et al. (2012) colaboraron con actores profesionales pertenecientes a grupos de teatro. Selim et al. (2012), Delavar et al. (2013) y Moattari et al. (2009) utilizaron profesionales sanitarios o miembros de la facultad para el rol de paciente. Bagnasco et al. (2016) utilizaron una mezcla de las opciones anteriores utilizando como pacientes simulados a enfermeras con experiencia en teatro. Solà Pola et al. (2011) y Baxter y Norman (2011) utilizaron también maniquís como paciente simulados, y los últimos, además utilizaron dobladores para representar los sonidos y las voces emitidos por los maniquís para aumentar el realismo. El resto de los estudios o no utilizaron pacientes simulados o no explicitaron su procedencia. En general, en todos los casos donde se reporta el uso de pacientes simulados se indicó que estos fueron formados y entrenados para representar su papel previo al desarrollo de la ECOE.

Prácticamente todos los estudios aseguraron la validez de contenido de la ECOE. Para ello recurrieron a la revisión de la prueba y de los instrumentos de evaluación utilizados por un comité de

expertos. Generalmente, este comité estaba compuesto por miembros del profesorado, enfermeras con experiencia y/o expertos en ECOE. Además, Castro Yuste et al. (2012) y Todd et al. (2008) complementan la revisión de expertos con otras mediciones realizadas a través de cuestionarios. En ambos casos, los resultados indicaron que la ECOE y los instrumentos de medida utilizados eran válidos.

La validez de criterio fue medida en siete estudios mediante la correlación de las puntuaciones de los alumnos en la ECOE con las puntuaciones obtenidas en otras pruebas, como exámenes finales escritos u orales, evaluación clínica tradicional e incluso con la autoevaluación de los alumnos. Todos los estudios hallaron coeficientes de correlación inferiores a 0,6, valor que indica que el grado de asociación entre los distintos tipos de evaluación es bajo, aunque, en la mayoría de los estudios, significativo. En la misma línea, Bujack et al. (1991b, 1991a), aunque no aportan datos numéricos de esta asociación indican en su estudio que la correlación entre la ECOE y otros métodos de evaluación (que tampoco especifican) es baja. Por último, Baxter y Norman (2011) observaron que la correlación, además de indicar una fuerza de asociación pequeña (alrededor de 0,2), fue negativa y no significativa.

Dos estudios analizaron la validez de constructo de la prueba o del instrumento de medida utilizando, en ambos casos, el análisis de componentes principales que puso de manifiesto que los instrumentos eran válidos.

El estudio desarrollado por Roberts y Brown (1990) analizó la validez predictiva de la prueba, mediante la correlación de los resultados obtenidos en la ECOE en un año con los resultados obtenidos en ECOE sucesivas. Los coeficientes de correlación obtenidos fueron bajos lo que indica que los resultados de una ECOE no son predictivos del rendimiento del alumno en ECOE posteriores.

La forma más común de estudiar la consistencia interna fue la utilización del alfa de Cronbach. En general, los estudios obtuvieron valores para el alfa de Cronbach que oscilaban entre 0,51 y 0,94, lo que indica consistencias internas de moderadas a altas. Selim et al. (2012) no analizaron el alfa de Cronbach para el total de la ECOE, sino que exploraron los resultados de este índice para cada estación.

En siete de las estaciones encontraron valores superiores a 0,7. Sin embargo, en el resto de las estaciones obtuvieron valores entre 0,29 y 0,61, considerados bajos y moderados. Roberts y Norman (1990) y Roberts y Brown (1990), en contraposición al resto de estudios hallaron valores de consistencia interna, medidos con el alfa de Cronbach, muy bajos ($\alpha = 0,2$). Sabin et al. (2013) compararon los valores del alfa de Cronbach para la ECOE ($\alpha = 0,85$) con los de la evaluación alternativa basada en un programa de ordenador ($\alpha = 0,89-0,94$). Se puede observar que los valores difieren mínimamente y se consideran adecuados, aunque son superiores los de la evaluación alternativa. Baxter y Norman (2011) y Moattari et al. (2009) utilizaron otras técnicas estadísticas para analizar la consistencia interna. El primero utilizó la Teoría de la Generalizabilidad (GT) obteniendo una puntuación elevada (GT = 0,86). Sin embargo, el segundo estudió este componente de la fiabilidad analizando la asociación de las puntuaciones en cada estación con las obtenidas en el total de la ECOE mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson (r). Los resultados fueron dispares con valores r de 0,05 frente a otros con valores próximos a 0,75.

En cuanto a la fiabilidad interobservador se puede comprobar en la Tabla 1-16 que los abordajes estadísticos utilizados por los investigadores han sido muy variados. Bagnasco et al. (2016) calcularon la fiabilidad interobservador mediante tres pruebas estadísticas (Índice Kappa, Coeficiente de Correlación de Lin y método gráfico de Bland y Altman). Las tres coincidieron dando resultados similares y apoyando la hipótesis de que las observaciones de los examinadores son fiables. Castro Yuste et al. (2012), Roberts y Norman (1990) y Roberts y Brown (1990), utilizando el Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC), encontraron que los evaluadores coincidían en la asignación de puntuaciones. Sin embargo, Corcoran et al. (2013) obtuvieron valores para el ICC de bajos a moderados (ICC = 0,22-0,52). El resto de autores que analizaron la fiabilidad interobservador (Baxter y Norman, 2011; Ginsburg et al., 2015; Moattari et al., 2009; Oranye et al., 2012; Roberts y Brown, 1990; Selim et al., 2012; Todd et al., 2008) hallaron resultados similares obteniendo valores para la fiabilidad interobservador de moderados a altos.

Únicamente, Roberts y Norman (1990) y Roberts y Brown (1990) aportaron datos sobre la fiabilidad intraobservador o fiabilidad test-retest medida con el ICC obteniendo en ambos casos valores moderados de fiabilidad (ICC = 0,66-0,86).

Dos estudios no indicaron datos numéricos ni de la validez ni de la fiabilidad de la prueba ECOE, aunque concluyeron que la prueba era válida y fiable.

En definitiva, la mayoría de los estudios apuntan a que la validez y la fiabilidad de la ECOE es adecuada (Navas-Ferrer et al., 2017). Estos datos concuerdan con los hallados en otras revisiones (Bartfay et al., 2004; Cant et al., 2013; Rushforth, 2007) realizadas con estudios en alumnos de medicina y/o enfermería, lo que hace pensar que las ECOE desarrolladas con estudiantes de enfermería son similares a las desarrolladas en otras disciplinas en relación a la validez y la fiabilidad.

Como apunta Rushforth (2007), se puede observar que las ECOE planteadas en enfermería se alejan del modelo original o multiestación. Se suele justificar este hecho indicando que la elección de ECOE de caso pretende preservar la visión holística e integral de la enfermería frente a una visión médica más fragmentada, hecho que permitiría aumentar la validez, aunque pondría en duda la fiabilidad. En cualquier caso, la revisión realizada no permitió discernir cuál de los modelos era mejor y los resultados de validez y fiabilidad observados en los diferentes estudios fueron similares, encontrándose datos de validez y fiabilidad altos y bajos, independientemente del modelo utilizado.

Por otro lado, la revisión realizada continúa poniendo de manifiesto el desacuerdo entre los investigadores entre utilizar escalas de puntuación dicotómica (sí, no; aprueba, suspende; realiza, no realiza) o escalas de puntuación categórica o tipo Likert con varias opciones de respuesta para cada ítem. Originalmente el modo de evaluación era con modelos de respuesta dicotómicos (Harden et al., 1975). Sin embargo, Bartfay et al. (2004) ya pusieron de manifiesto que esta modalidad de evaluación es insuficiente para evaluar algunas habilidades complejas y apuestan por el uso de escalas de puntuación categórica. En esta revisión se ha observado que los resultados en cuanto a validez y fiabilidad no han sido muy diferentes entre los estudios que han utilizado una u otra opción.

1.1.4.4.1.5 Autoevaluación

La autoevaluación es una modalidad de evaluación que consiste en que cada alumno realiza una valoración de una actuación concreta o de sus propios progresos en un momento determinado de su aprendizaje (Castillo Arredondo y Cabrerizo Diago, 2010). La autoevaluación se enmarca en una concepción democrática y formativa del proceso educativo en el que participan activamente todos los sujetos implicados (Villardón Gallego, 2006). De hecho, según Castillo Arredondo y Cabrerizo Diago (2010) la autoevaluación considera al alumno como un elemento activo y responsable que promueve su participación en el proceso evaluador.

La autoevaluación proporciona al estudiante estrategias de desarrollo personal y profesional que podrá utilizar tanto en el presente como en el futuro, le ayuda a desarrollar su capacidad crítica, favorece la autonomía, le compromete en el proceso educativo, y motiva para el aprendizaje (Villardón Gallego, 2006).

La autoevaluación tiene un carácter más formativo que sumativo (Arthur, 1995; Cruz Nuñez y Quiñones Urquijo, 2012); es decir tiene más importancia el aprendizaje y el proceso que la calificación en sí misma.

En el contexto de la formación en enfermería Visiers Jiménez (2016) en su estudio informa que no encontró diferencias significativas entre lo evaluado por el profesorado y la autoevaluación del alumnado lo que confirma que los estudiantes tienen una percepción bastante aproximada sobre su aprendizaje. Concluye que “la autoevaluación es una herramienta útil para monitorizar la progresión de los estudiantes de Enfermería en la adquisición de los resultados de aprendizaje previstos en prácticas tuteladas”. Blackman et al. (2007) apuntan que los estudiantes que se habían autoevaluado con un mínimo de supervisión desarrollaban mejor sus tareas y Helminen et al. (2014) indican que los estudiantes de enfermería suelen reconocer sus necesidades de aprendizaje cuando llevan a cabo la autoevaluación durante la evaluación final.

A pesar de los beneficios hallados por muchos autores acerca de la autoevaluación también los hay críticos con la incorporación de la autoevaluación al considerarla subjetiva y tendente a la sobrevaloración, especialmente si tiene peso en la calificación final de la materia (Baxter y Norman, 2011; Cole, 2009; Kajander-Unkuri, 2015).

No obstante, algunos autores consideran que esto ocurre no por una interpretación sobrevalorada fruto de la deshonestidad, sino la consecuencia de una incapacidad para autoevaluarse objetivamente (Cole, 2009; Dearnley y Meddings, 2007). En este sentido, y basándose en lo propuesto por Heather (1995), que indica que las habilidades de autoevaluación pueden ser aprendidas, más que evitar la autoevaluación, es preciso formar al alumnado y al profesorado para implementarla de forma satisfactoria de manera que se adquiera como una competencia más dentro del currículum. En la misma línea, Stufflebeam et al. (2000) proponen que se debe promover la autoevaluación profesional, proporcionando a los educadores las destrezas para realizarla y favorecer actitudes positivas hacia ella.

1.2 MARCO TEÓRICO DEL CUIDADO

Una disciplina es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos (Kérouac et al., 1996). En este sentido, el cuidado es la base fundamental y vertebradora de la disciplina enfermera (Benner, 1984; Germán Bes, 2004; Leininger, 1991; Medina, 1999; J. Watson, 2008). De hecho, Medina (1999) apunta que “desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud”. Kérouac et al. (1996) defienden la idea de que el cuidado supone el centro de interés de la enfermería y señalan que “la disciplina enfermera se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud. Por otro lado, Waldow (2006) desea que “la enfermería sea conocida y reconocida como una práctica del cuidado”.

1.2.1 El concepto de cuidado desde diferentes puntos de vista

El cuidado, sustantivo polisémico donde los haya, puede ser abordado desde múltiples puntos de vista. Semántica, filosofía, antropología y enfermería son cuatro disciplinas a través de las cuales puede tratarse este concepto.

Desde la semántica, el Diccionario de la RAE (2014b) recoge el origen latino de la palabra cuidado, *cogitatus* que significa pensamiento. Es importante la relación etimológica entre ambos conceptos puesto que esto permite desligar la idea de cuidado como técnica o acción y pasa a indicar un elemento disciplinar más complejo y que requiere de la acción mental (Francisco del Rey et al., 2009).

Desde la filosofía, Boff (2012), teólogo y pensador brasileño que ha dedicado gran parte de su vida profesional al tema del cuidado, ha definido este desde varios puntos de vista y al situarlo en el contexto sanitario lo describe como “envolverse amorosamente, la preocupación atenta a las distintas

situaciones, el acompañamiento solidario de los procesos de curación y de recuperación de su esperanza de vivir”.

Otros filósofos que han pensado sobre el cuidado han sido Heidegger, Lévinas y Meyeroff. En general, la idea que trasciende a todos ellos es que el cuidado existe a priori, o sea, antes de nacer estamos sometidos a la esencia del cuidado y es a través de este que el ser humano vive el significado de su vida. En definitiva, el cuidado es lo que posibilita la condición de humanidad al ser (Waldow, 2014).

Según Rodríguez-Jiménez et al. (2014), Heidegger (2012) afirma que:

“El cuidado significa ‘cuidar de’ y ‘velar por’, es el cuidado de las cosas y cuidado de otros. Asimismo, significa inquietud, preocupación, alarma y, en el sentido más amplio, es un desvelo por ‘sí mismo’, por asumir el destino como un interés existencial, no intelectual”.

También Rodríguez-Jiménez et al. (2014), citando a Lévinas (2015), dice que:

“La enfermería deberá resignificar su naturaleza para incorporarla a su práctica cotidiana en un proceso de cuidados basados en la acción reflexiva e integración de los seres humanos en el mundo, en una relación de cuidado donde la ética de enfermería se da en una relación amorosa de cuidado del otro, con el interés genuino de comprender su naturaleza humana en un proceso de vida-muerte, salud-enfermedad y sufrimiento-trascendencia”.

Por otra parte, desde la mirada filosófica, Mayeroff (1971) indica que:

“Cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades. Su significado no debe ser confundido con tener buenas intenciones o deseos, con el cariño, el confort y el mantenimiento o con el interés que puede tenerse por lo que le ocurre a otra persona. Tampoco es un sentimiento aislado o una relación humana momentánea ni tampoco es una cuestión de tener la intención de cuidar a alguien. El cuidado entendido como ayuda a otra persona permite el desarrollo y la actualización del yo; es un proceso de interrelación que implica desarrollo, de la misma manera que la amistad solo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación”.

Medina (1999) señala que, desde un punto de vista antropológico, el cuidado debe haber sido un tipo de acción y relación humana presente desde los albores de la humanidad fundamental para su desarrollo como especie. Parece lógico pensar que el desarrollo filogenético de la especie humana se debe, entre otros muchos factores y no siendo el menos importante, a la actividad de protección, crianza o cuidado que los seres humanos han desarrollado.

Evidentemente, en enfermería el cuidado, al ser el elemento central de la disciplina, ha sido descrito en múltiples ocasiones utilizando diferentes ópticas. Sin embargo, la que más se aproxima a la idea de cuidado que se quiere transmitir en esta investigación es la que aportan las teóricas pertenecientes a la Escuela del *Caring*. Esta escuela, que aporta una visión humanista de los cuidados, entiende que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura (Kérouac et al., 1996). Las principales representantes de esta corriente son Leininger y J. Watson.

Para Leininger los cuidados enfermeros son la esencia de la enfermería y constituyen un objetivo distintivo, dominante, primordial y unificador. Para ella, los cuidados culturales son vitales para el bienestar, la salud, el crecimiento y la supervivencia, y para afrontar los impedimentos físicos o mentales, o la muerte. Además, añade que los cuidados culturales forman el medio holístico más amplio para saber explicar, interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermeros y, de este modo, guiar su práctica (McFarland, 2011).

Según J. Watson, los cuidados enfermeros consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con el *caring*, en cuanto a ideal moral, y sólidos conocimientos (Kérouac et al., 1996).

Para Collière (1993) cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca. Considera el cuidado como algo indispensable no solo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo grupo social.

Desde el contexto iberoamericano Waldow es una de las enfermeras referentes en la conceptualización del cuidado y lo define como:

"[...] una forma de vivir, de ser y de expresarse, una postura ética y estética, frente al mundo; es un compromiso con el 'estar en' el mundo y una contribución al bienestar general, a la conservación de la naturaleza, a la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; es cooperar a la construcción de la historia, al conocimiento de la vida" (Waldow, 2006, 2008).

Al respecto del cuidado, parece importante, como apunta Leininger (1978), diferenciar entre cuidados generales, cuidados profesionales y cuidados profesionales enfermeros. Define estos últimos como:

“Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas, y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y muerte”.

Como se aprecia en la definición, el cuidado en el contexto de la Enfermería, implica la profesionalización y ‘cientifización’ de la tendencia instintiva y culturalmente mediada de los seres humanos como especie hacia la protección de sus miembros (Medina, 1999).

1.2.2 La conceptualización del cuidado de Jean Watson y Patricia Benner

En este apartado se muestran dos formas de entender el cuidado. Tanto la propuesta de Jean Watson como la de Patricia Benner podrían enmarcarse en el paradigma de la transformación (Kérouac et al., 1996). En ambos casos, más que modelos de cuidados, las propuestas que hacen sus autoras son filosóficas (Brykczynski, 2011; Jesse, 2011). Es decir, se muestran más como formas de entender y vivir la disciplina del cuidado que como un marco cerrado y explicado por completo.

1.2.2.1 Jean Watson

“Cuando uno es capaz, a través de su Conciencia de Caritas, de entrar en el espacio vital de otro, conectándose con el mundo subjetivo interno de emociones y pensamientos, uno se está conectando con el espíritu más profundo de uno mismo y del otro. Esta es la base para un momento de cariño transpersonal y una relación curativa”.

J. Watson (2008)

J. Watson basa su filosofía de cuidados en fuentes teóricas procedentes de teóricas enfermeras como Nightingale, Henderson, Peplau o Leininger, y de otros autores como Maslow, Heidegger, Rogers, Levinas y Tich Naht Hanh. J. Watson se apoya en gran medida en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual (Jesse, 2011; Olivé Ferrer y Isla Pera, 2015).

Según J. Watson (1992) el cuidado está constituido por “acciones transpersonales e intersubjetivas que buscan proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración”.

Medina (1999) afirma que para J. Watson el cuidado es también una responsabilidad y un compromiso moral con el valor y dignidad de la persona cuidada y con el respeto hacia los significados y el sentido que asigna a su vivencia de la enfermedad. En este sentido, advierte que desde esa perspectiva fenoménica y ética el cuidado está más centrado en la persona y en su subjetivación de la enfermedad que en el proceso biopatológico mismo. Es decir, “la visión holística de la persona trasciende la cosificación, objetivación y estandarización de la relación enfermera-persona a los que el reduccionismo biologicista impuesto por la racionalidad técnica del modelo biomédico ha conducido”.

J. Watson opone el concepto de cuidado al de curación, separando así la enfermería de la medicina, lo que permite, en último término, clasificar el cuerpo del conocimiento enfermero como ciencia independiente (Jesse, 2011). J. Watson (1979) describe la curación como un término médico que se refiere a la eliminación de la enfermedad. Además, añade que cuidar es más saludable que curar. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico con conocimiento del comportamiento humano para generar o promover salud y proporcionar servicios a quienes están enfermos. Por lo tanto, una ciencia del cuidado es complementaria a la ciencia de curar (J. Watson, 2008).

En la Tabla 1-17 se muestran los diez ‘Factores de Cuidados’ que posteriormente evolucionaron a ‘Procesos Caritas’. En palabras de Medina (1999) J. Watson (1992) dice que:

“[...] el proceso de cuidados está formado por diez elementos o factores cuidadosos que se hallan presentes en toda relación en que la enfermera y la persona cuidada sean coparticipantes. Estos elementos se constituyen en pautas y orientaciones para la acción de cuidar”.

Tabla 1-17

Factores de cuidado y proceso caritas

FACTORES DE CUIDADO	PROCESO CÁRITAS
Formación de un sistema humanístico-altruista de valores.	Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado.
Inculcación de la fe-esperanza.	Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar.
Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.	El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego.
Desarrollo de una relación de ayuda confianza.	Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo-confianza.
Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.	Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión con el espíritu más profundo y con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar.
Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.	Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado.
Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal.	Participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencias de otros.
Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual.	Crear un entorno de curación a todos los niveles: entorno físico y no físico de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien.
Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.	Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando cuidados humanos esenciales que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.
Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas.	Abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado.

Nota: Adaptado de Jesse (2011).

Al respecto, J. Watson contempla, dentro de sus 'Factores de Cuidados' o 'Procesos Cáritas', que las enfermeras garanticen y fortalezcan la comodidad, la privacidad, la seguridad o la estética; lo que resulta en el apoyo al bienestar del paciente a través de una atención holística al entorno, aspectos físicos, mentales, socioculturales y espirituales del entorno de la salud-curación. En la misma línea plantea que las medidas de confort pueden ser de apoyo, protección e incluso corrección de los entornos interior y exterior de una persona (J. Watson, 2008).

En cuanto a la seguridad, J. Watson (2008) apunta que la seguridad es un componente básico de la enfermería profesional y de los 'Procesos Cáritas'. Sentirse seguro y protegido es una necesidad básica fundamental para lograr el bienestar de las personas cuidadas. Añade que es obligación ética de la enfermera velar por la seguridad de las personas.

Por último, respecto de la autonomía y el autocuidado, J. Watson (2008) afirma que enseñar a aprender en la práctica del cuidado se traduce en autoconocimiento, autocuidado, autocontrol e incluso posibilidad de autocuración. Existe una reciprocidad mediante la cual la enfermera ayuda a otra a generar su propia resolución de problemas, decisiones, soluciones constructivas y acciones que puedan servirle mejor.

Por otro lado, basándose en el enfoque fenomenológico, J. Watson especifica que las enfermeras no están aquí para manipular y controlar, sino para entender (Jesse, 2011). Dicho de otro modo, la empatía, la comprensión, el deseo y la intencionalidad permitirán un cuidado profesional que va más allá de la medicalización, el control terapéutico y la manipulación. Se trata de la interacción libre y buscada sujeto-sujeto que favorece la relación que vela por el mantenimiento de la dignidad humana y que, a la vez puede llevar o no a la sanación. Se produzca o no la sanación, lo que siempre se da, en estas condiciones, es el cuidado humanístico (J. Watson, 2006).

Otro de los puntos comunes entre la filosofía de J. Watson y el marco conceptual que se propone para el desarrollo de esta tesis doctoral es la perspectiva que considera que el cuidado tiene dos vertientes: una que tiene que ver con la técnica, la realización de procedimientos y las necesidades

físicas, a la que llama 'instrumental'; otra relacionada con las necesidades psicológicas y sociales de la persona, las cuales se enmarcan en la vertiente que ella llama 'expresiva' (Huércanos Esparza, 2011). De otro modo, su teoría pide a las enfermeras "que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en la práctica, acuñados como el 'estado' de la enfermería, en contraposición a la 'esencia' de la enfermería" (Jesse, 2011).

Uno de los problemas a los que se enfrenta la enfermería como disciplina y que J. Watson expone es la deshumanización del cuidado que se produce actualmente debida a la gran estructuración administrativa de los sistemas de salud (Rivera Álvarez y Triana, 2007).

En la misma línea Medina (1999) plantea que la despersonalización a la que conduce la cultura tecnológica corre el riesgo de disolver la práctica asistencial del cuidado en la aplicación tecnológica de tratamientos biomédicos.

En una conferencia dada por J. Watson en la Universidad María Auxiliadora en Perú afirmaba que "una profesión que pierde sus valores es una profesión sin corazón, una profesión sin corazón es una profesión sin alma, y una profesión sin alma ni corazón, es una profesión innecesaria" (Universidad María Auxiliadora, 2016).

En este sentido, la reflexión de Olivé Ferrer (2015) es poderosa:

"Plantear el cuidado con esta perspectiva [la de J. Watson] parece algo peregrino, utópico y fuera de la realidad, pero lo que parece fuera de la realidad en el siglo XXI es seguir en las consultas de enfermería midiendo la TA [Tensión Arterial], haciendo el seguimiento de las glicemias y las dietas o el ejercicio y 'riñendo' cuando se percibe que algún parámetro no es el adecuado a la situación. No se pretende hacer una crítica a esta acción, sino cuestionar el sistema que mide, evalúa y premia las intervenciones, los objetivos que solo saben medir lo cuantitativo, lo paramédico y lo mal llamado 'objetivo'".

Desde el punto de vista metodológico, uno de los aspectos relevantes para esta tesis doctoral que se derivan del modelo de J. Watson es la construcción de este en base a experiencias empíricas inducidas clínicamente (J. Watson, 1997). De hecho, según afirma Leininger en el prólogo de la obra '*Nursing: the philosophy and science of caring*' (J. Watson, 1979), la investigación de J. Watson sobre

el cuidado incorpora el empirismo, pero otorga más importancia a las metodologías que parten de fenómenos enfermeros más que de las ciencias naturales. Según Jesse (2011):

“Watson pide unir la ciencia con las humanidades dado que el estudio de estas amplía la mente y mejora las habilidades de pensamiento y el crecimiento personal. [...] Los métodos cualitativos, naturalistas y fenomenológicos son importantes en el estudio del cuidado transpersonal y en el desarrollo de la enfermería como ciencia humana y arte. Watson acepta que la investigación cualitativa-cuantitativa combinada puede ser útil para el desarrollo de la ciencia enfermera”.

Por último, desde el punto de vista formativo, es relevante que J. Watson, en sus investigaciones, encuentra discrepancias entre lo que enfermeras, personas cuidadas y estudiantes consideran más importante respecto del cuidado; lo que plantea que la retroalimentación de esta información hacia profesionales y estudiantes puede fomentar la autocrítica constructiva, contribuyendo a la toma de conciencia de las áreas de mejora y al refuerzo positivo de las áreas que se están abordando de manera adecuada y beneficiosa para los pacientes (Huércanos Esparza, 2011).

Por otro lado, también en cuestiones formativas J. Watson dispone, de forma inflexible, que la formación de las enfermeras debe incorporar el conocimiento holístico de numerosas disciplinas integrando humanidades, artes y ciencias (Jesse, 2011).

1.2.2.2 Patricia Benner

“La relación entre paciente y enfermera no responde a un programa uniforme y profesionalizado, sino que se trata más bien de una conjunción de intimidad y distanciamiento que opera en algunos de los momentos más dramáticos, conmovedores y palpables de la existencia”

Benner (1984)

Es inevitable nombrar a Benner y no caer en la tentación de enumerar y definir, de inmediato, los cinco niveles de competencia por los que una enfermera avanza para pasar de principiante a experta (Benner, 1982a, 1984) y que tienen su origen en el Modelo Dreyfus de Adquisición de Aptitudes (Dreyfus y Dreyfus, 1980).

Sin embargo, más allá de estas nociones sobre el desarrollo competencial, hay dos aspectos de su modelo que resultan relevantes para esta tesis doctoral. El primero es la conceptualización que

Benner realiza de la disciplina enfermera y de la forma que esta tiene de acercarse al conocimiento. El segundo, derivado del primero, tiene que ver con la forma en la que metodológicamente Benner recabó los datos para conformar su teoría.

En primer lugar, estamos de acuerdo con Altmann (2007) en considerar la propuesta de Benner como una filosofía más que como una teoría. De hecho, su autora entiende que la forma en la que las enfermeras se acercan al conocimiento clínico y a la práctica del cuidado se aleja de concepciones objetivas y cuantificables, asociadas a un modelo científico empirista y positivista.

En la misma línea, Brykczynski (2011) apunta que la perspectiva de Benner es fenomenológica. Por lo tanto, la generalización se aborda por medio del conocimiento de los significados, habilidades, prácticas y capacidades comunes y no a través de normas generales que explican y predicen.

Benner, muy influida por Heidegger (2012), determina que el conocimiento práctico es aquel que se obtiene cuando el individuo se encuentra implicado en una situación. En la misma línea, basándose en Kuhn (1970) o Polanyi (1958), Benner (1984) afirma que determinados saberes prácticos escapan a toda formulación científica de carácter teórico. Es decir, en enfermería “la teoría y la investigación científica se generan desde la esfera práctica” (Benner, 1984).

Así mismo, Benner (1984) indica que:

“El conocimiento perceptivo es un factor determinante en la aplicación de un criterio asistencial acertado por parte de la enfermera, y que este tipo de conocimiento se manifiesta en forma de intuiciones vagas y estimaciones globales que, en principio, están fuera del análisis crítico; es más frecuente que la lógica conceptual siga, y no preceda, a la aprehensión perceptiva”.

De igual manera esta autora apunta que “la teoría engloba lo que puede hacerse patente y formalizarse, pero la práctica clínica siempre es más compleja y presenta muchas más contingencias de las que puede plasmar la teoría por sí sola”.

A pesar de estos asertos, Benner (1984) postula que las enfermeras conocedoras de su oficio saben bien que, en todos los casos, la evaluación definitiva del estado de un paciente exige algo más

que corazonadas o intuiciones vagas, pero la experiencia les ha enseñado a dejar que sus percepciones vayan por delante de los datos concluyentes.

Benner (1984) critica que las enfermeras no han custodiado su saber profesional y que el hecho de no haber registrado las experiencias y observaciones clínicas ha tenido como secuela que la teoría de la ciencia enfermera perdiera su singularidad y el acervo de erudición técnica que conlleva el ejercicio competente de la tarea asistencial. En consecuencia, “la actividad práctica, posible gracias a nuestra inteligencia, se ha considerado, durante mucho tiempo como una actividad inferior a la actividad intelectual y reflexiva” (Benner y Wruble, 1989). En consecuencia, Benner (1984) propone que:

“Las enfermeras deben reunir ejemplos de sus facultades identificativas y explicar el contexto, significados, características y resultados de su arte profesional, lo cual les permitirá decantar sus habilidades y mostrar o ilustrar las distinciones cualitativas que han llegado a detectar”.

En definitiva, para Benner y Wrubel (1989) la enfermería se define como una relación de cuidado, una condición que facilita la conexión y el interés. El cuidado es básico, ya que establece la posibilidad de ayudar y ser ayudado. La enfermería se considera como una práctica de cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad. La práctica enfermera abarca el cuidado y el estudio de las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos. Además, la forma en la que Benner (1999) entiende el desarrollo del conocimiento respeta la primacía del cuidado y la ética central del cuidado y la responsabilidad implícita en la práctica enfermera experta, que no destaca si sólo escogemos estrategias científicas, técnicas y organizativas para legitimar el cuidado enfermero experto. Según Brykczynski (2011) Benner considera que la enfermería es una paradoja cultural en una sociedad dominada por la técnica, que tardó en valorar las prácticas de cuidado.

En la misma línea Medina (1999), refiriéndose a la enfermería, señala que:

“Las prácticas del cuidado [...] son actividades prácticas donde existen elevados grados de incertidumbre, ambigüedad y apertura, se hallan reguladas por una normatividad ética y se desarrollan a través de procesos deliberativos de comprensión de los participantes, es decir, juicios basados en la interpretación del significado de la acción de cuidado desarrollados por enfermera y persona cuidada”.

Como se indicaba al inicio de este apartado el otro aspecto que resulta de interés para esta tesis doctoral es la forma en la que Benner recabó la información para su investigación. Como apunta Brykczynski (2011) el modelo se demostró utilizando métodos de investigación cualitativos y señala que “Benner utilizó ejemplos directamente tomados de entrevistas y observaciones de la práctica experta”. Estas observaciones se recogieron utilizando la ‘Técnica del Incidente Crítico’ (Flanagan, 1954). Benner (1984) definió este instrumento como narraciones de episodios o contingencias clínicas que alteran la forma de interpretar y percibir situaciones clínicas posteriores. Es decir, casos que destacan en el recuerdo clínico y que son puntos de referencia en el ejercicio cotidiano de la profesión. En concreto, la petición a las personas que participaban en la investigación era que evocasen situaciones clínicas destacables por algún motivo. En otras palabras, las narrativas profesionales han sido extraídas de “situaciones clínicas conspicuas en el curso de las cuales la enfermera aprendió algo que ignoraba sobre su profesión o tuvo una participación descollante que influyó en la salud del enfermo” (Benner, 1984).

Por otro lado, aunque los cinco niveles de desarrollo competencial descritos por Benner (Tabla 1-18) no son el centro de interés de la filosofía de Benner para este trabajo de tesis doctoral, no debe pasarse por alto la aplicación que hizo esta autora del modelo Dreyfus (Dreyfus y Dreyfus, 1980). Benner (1984) dice que “la competencia clínica se adquiere con el paso del tiempo y muchas veces el propio personal clínico no tiene idea cabal de sus progresos”. Además, añade que:

“Las enfermeras, a medida que van adquiriendo experiencia clínica, cambian su orientación intelectual, integran y seleccionan sus conocimientos y reajustan sus criterios en cuanto a la toma de decisiones sobre una base distinta de la mera ejecución seriada y repetitiva de tareas, tal como habían aprendido en los centros docentes”.

En otras palabras, las enfermeras modifican cuatro aspectos en su ejecución a lo largo de estos cinco niveles: a) se pasa de confiar en los principios y las normas abstractas a utilizar la experiencia

específica y pasada; b) se cambia la confianza en el pensamiento analítico basado en normas por la intuición; c) el estudiante pasa de percibir que toda la información de una situación es igual de importante a pensar que algunos datos son más importantes que otros; y d) se pasa de ser un observador individual desde fuera de la situación a tener una posición de implicación total en la misma (Benner et al., 1992).

Tabla 1-18*Adaptación del Modelo Dreyfus de adquisición de habilidades según Patricia Benner*

PRINCIPIANTE	PRINCIPIANTE AVANZADA	COMPETENTE
La persona que se encuentra en el estadio de principiante no tiene experiencia previa en la situación a la que debe enfrentarse. Para guiar la actuación, hay que proporcionar normas fuera de contexto y atributos objetivos. La conducta regida por las reglas, típica del principiante, es en extremo limitada e inflexible. Existen dificultades para diferenciar entre los aspectos relevantes y los irrelevantes de una situación. Este nivel corresponde con los estudiantes de enfermería o en enfermeras expertas en un área determinada que deben enfrentarse a una situación o a un área desconocida.	La principiante avanzada es la persona que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales en las que han podido observar algunos componentes situacionales significativos y recurrentes. En este estadio, la persona posee la experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de la situación. Los principiantes avanzados necesitan un respaldo en el ámbito clínico, dado que actúan basándose en normas generales y por tareas que deben realizar. Benner situó a las enfermeras recién graduadas en este nivel.	Aprendiendo de las situaciones reales de práctica e imitando las acciones de los demás la principiante avanzada pasa al estadio de competente. Este nivel se caracteriza por una considerable planificación consciente y deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y los que no. El nivel de eficiencia aumenta, pero la atención continúa centrándose en la gestión del tiempo y la organización de las tareas en vez de en la planificación del tiempo respecto a las necesidades del paciente. Este nivel tiene ya ciertos visos de madurez. La enfermera competente elabora nuevas normas y procedimientos de razonamiento.
AVENTAJADO O EFICIENTE	EXPERTO	
La persona percibe la situación como un todo y no como un conjunto de aspectos. En este nivel la percepción es fundamental, dado que las respuestas que se dan a las situaciones no son fruto de la reflexión, sino que se asientan en la experiencia. Esta comprensión global mejora las decisiones que toma la enfermera aventajada; se trata de decisiones menos trabajadas porque la profesional ya tiene una idea general de cuáles de los atributos y aspectos concurrentes son realmente importantes. Ya no se fían sólo de los objetivos prefijados de la organización, y están más seguras de sus conocimientos y habilidades. El método de enseñanza que más conviene a los profesionales aventajados es el estudio de casos y suelen considerar que el complejo análisis de decisiones que realiza el teórico es una fórmula difícil e innecesariamente complicada de resolver situaciones clínicas que llegado este nivel son capaces de captar rápidamente en virtud de la experiencia adquirida.	La persona experta ya no se basa en el principio analítico para justificar su comprensión de la situación y llevar a cabo la acción adecuada. La enfermera experta posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. La profesional actúa partiendo de un profundo conocimiento de la situación global y es capaz de prever lo inesperado. Para la enfermera experta conocer las preocupaciones y las necesidades reales del paciente es muy importante. También es característico de este nivel cierta capacidad para expresar con el lenguaje todo lo que se sabe. Para evaluar la calidad de la prestación del experto, es preciso añadir a los habituales estándares de valoración del rendimiento o de los criterios cuantitativos una técnica de interpretación referida a la descripción de lo asistencial y unos métodos de estimación cualitativos. El registro sistemático de la actividad clínica experta es un paso esencial en el perfeccionamiento del saber clínico. La enfermera experta sirve de consultora a otras enfermeras.	

Nota: Adaptado de Benner (1984; 1992, 1996, 1999) y Brykczynski (2011).

Por último, es necesario mencionar que, aunque la escala CIBISA, objeto de estudio de esta tesis doctoral, no tenga su origen en las competencias descritas por Benner, dado que esta se desarrolló a partir de conceptos próximos al modelo de J. Watson en el que se basan las escalas Care-Q de Larson (1981) y PECIE de Huércanos Esparza (2011); es inevitable no ver la similitud de alguno de los ítems de la escala con las competencias propuestas por Benner que pueden verse en la Tabla 1-19. A pesar de las semejanzas, como apunta la propia Benner, es importante no caer en la simplificación de entender el cuidado como un listado de conductas finitas que sea válida en todo lugar y momento, dado que esta uniformidad y estrechez de miras coartaría el conocimiento de la complejidad y relevancia de la profesión enfermera (Benner, 1984).

Tabla 1-19

Áreas de acción y competencias de la práctica enfermera según Patricia Benner

ÁREA DE ACCIÓN	COMPETENCIA
La función de ayuda al enfermo	<ul style="list-style-type: none"> • La relación curativa: creación de un clima que favorezca y consolide un esfuerzo en pro de la curación. • Prodigar medidas de alivio y preservar la dignidad del individuo frente al dolor y el colapso extremo. • Acto de presencia: permanecer junto al paciente. • Potenciar al máximo la participación y supervisión del enfermo sobre su proceso de recuperación. • Interpretar las clases de dolor y escoger los medios idóneos para cuidar y controlar el sufrimiento. • Proporcionar alivio y establecer una comunicación mediante el contacto físico. • Facilitar apoyo moral e informativo a la familia del paciente. • Guiar al paciente en el curso de las fluctuaciones emocionales y orgánicas: sugerir alternativas, desechar las ya conocidas; encauzar, aleccionar y servir de mediador. <ul style="list-style-type: none"> ○ Proceder como intermediario en el plano psicológico y cultural. ○ Utilizar los objetivos con fines terapéuticos. ○ Esforzarse por crear y mantener una comunicación terapéutica
La función docente y tutelar	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de la oportunidad: evaluar la disposición del paciente para ser aleccionado. • Ayuda de los pacientes a integrar las secuelas de la enfermedad y el restablecimiento en sus formas de vida. • Descubrir y comprender la interpretación que hace el paciente de su enfermedad. • Facilitar una interpretación del estado del paciente y ofrecer una exposición razonada de los tratamientos aplicables. • La función tutelar o preparatoria: hacer asequibles y comprensibles aquellos aspectos de una enfermedad soslayados por razones de índole sociocultural.

ÁREA DE ACCIÓN	COMPETENCIA
La función diagnóstica y de vigilancia del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Apreciación y documentación de cambios significativos en el estado del paciente. • Facilitar señales de detección temprana: prevenir las crisis y el empeoramiento antes de que se produzcan síntomas claros de diagnóstico que confirmen la estimación inicial. • Prevención de complicaciones: contemplar las posibles contingencias futuras. • Hacerse cargo de las exigencias y situaciones específicas de una enfermedad: anticiparse a las necesidades asistenciales del enfermo. • Valoración de las posibilidades de satisfacción del paciente y de su capacidad de respuesta a las distintas vías de tratamiento.
Gestión eficaz de situaciones que cambian rápidamente	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución diestra en casos de extrema urgencia que ponen en peligro la vida del paciente: rápida detección de una alteración. • Actuación en una contingencia: rápida evaluación de las necesidades y recursos en casos de apremio. • Detección y tratamiento de una crisis hasta la llegada del médico.
Administración y supervisión de intervenciones y tratamientos terapéuticos	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciación y mantenimiento de la terapia endovenosa con mínimo riesgo y complicaciones. • Administración eficaz y segura de medicaciones: vigilancia de efectos negativos, reacciones, respuestas terapéuticas, toxicidad e incompatibilidades. • Combatir los peligros de la inmovilidad: prevenir y actuar en caso de afecciones cutáneas; hacer que el enfermo no guarde cama y realice ejercicio para fortalecer al máximo la movilidad y la rehabilitación; prevención de las complicaciones respiratorias. • Elaborar un sistema de tratamiento de las heridas que propicie cicatrización, la comodidad y el drenaje adecuados.
Supervisión y garantía en cuanto a la calidad de la asistencia sanitaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar un dispositivo de soporte que garantice la dispensación de una asistencia médica y enfermera sin riesgos. • Discernir qué puede omitirse o añadirse a las prescripciones médicas sin riesgos suplementarios. • Obtener del personal médico respuestas idóneas y en el momento propicio.
Competencias en el plano organizativo y contexto laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar, ordenar y satisfacer las necesidades y exigencias de múltiples pacientes: establecer un orden de prioridades. • Crear y conservar un equipo terapéutico capaz de facilitar una terapia óptima. • Hacer frente a la escasez de personal y al exceso de trabajo. <ul style="list-style-type: none"> ○ Planificar contingencias. ○ Anticipar y prepararse con antelación frente a una sobrecarga extrema de trabajo en un turno determinado. ○ Saber aprovechar y mantener el espíritu de equipo: contar con la solidaridad de las restantes enfermeras. ○ Adoptar una actitud solícita para con los pacientes, aun cuando no exista relación íntima o los contactos sean escasos. ○ Adoptar una actitud flexible con los pacientes, con el instrumental y equipo técnico y con la burocracia.

Nota: Adaptado de Benner (1984).

1.2.3 Género y Enfermería

Se entiende por género “la construcción cultural y social de los comportamientos, actitudes y sentimientos de hombres y mujeres” (Hueso Navarro, 2015) o “la manera en la que cada sociedad concibe ser mujer, ser hombre y las formas de relación entre ambos” (Germán Bes, 2004).

En este sentido, según Hueso Navarro (2015), aplicar la perspectiva de género implica reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones y discriminatorias para las mujeres. Además, afirma que:

“La discriminación de género parte de una mirada androcéntrica del mundo, que sitúa al hombre como centro de todas las cosas. Esta concepción de la realidad parte de la idea de que la mirada masculina es la única posible y universal, por lo que se generaliza para toda la humanidad, sean hombres o mujeres. El androcentrismo conlleva la invisibilidad de las mujeres y de su mundo, la negación de una mirada femenina y la ocultación de las aportaciones realizadas por las féminas” (Hueso Navarro, 2015).

En una disciplina como la enfermería, con una mayoría de mujeres, resulta imprescindible analizar la relación que se establece entre el género, el cuidado y la enfermería; más cuando, como plantea Germán Bes (2004), el hecho de ser mayoritariamente mujeres influye en la falta de reconocimiento que se le otorga al cuidado. Según J. Watson (1990):

“El cuidado como valor central de la Enfermería no podrá ser alcanzado y practicado hasta que descubramos y cuestionemos la cosmovisión masculina, y sus efectos políticos, que actúa en nuestras vidas y en las vidas de las personas a las que cuidamos”.

La investigación desde perspectivas feministas en el campo de la salud ha permitido poner de manifiesto el modelo androcéntrico de la ciencia médica y las desigualdades de género en la práctica de las profesiones sanitarias, así como conocer y valorar las aportaciones de las mujeres sanitarias y los diferentes modos de práctica de muchas de ellas (Germán Bes, 2006b).

Se puede definir el feminismo como:

“La teoría, pensamiento y práctica social, política y jurídica que tiene por objetivo hacer evidente y terminar con la situación de opresión que soportan las mujeres y lograr, así, una sociedad más justa, que reconozca y garantice la igualdad plena y efectiva de todos los seres humanos. Como cualquier pensamiento humano es un pensamiento diverso, heterogéneo, integrado por una pluralidad de planteamientos, enfoques y propuestas” (De las Heras Aguilera, 2009).

Doering (1992) categoriza y resume las diferentes corrientes feministas en tres enfoques: liberal, cultural y radical; coincidentes con las tres olas que plantea Fraser (2009): políticas de redistribución económica, políticas de reconocimiento e identidad y políticas de representación transnacional (Tabla 1-20).

Tabla 1-20

Corrientes feministas según Doering y Fraser

Feminismo liberal	Feminismo cultural	Feminismo radical
Visión eminentemente conservadora que postula que la igualdad de las mujeres puede ser alcanzada dentro de los sistemas que conforman las estructuras sociales actuales.	Reivindica las diferencias sexogenéricas. Se defiende que los valores, creencias y estructuras gnoseológicas de las mujeres son ontológicamente diferentes de las de los hombres y que esos modos diferentes de estar en el mundo debieran ser reconocidos y respetados.	La opresión coerción que las mujeres padecen son debidas al poder patriarcal masculinamente orientado y que este es un fenómeno uniformemente distribuido en todos los tipos de estructuras sociales y económicas. Sólo los cambios fundamentales en nuestra visión de la realidad y en las estructuras sociales existentes pueden producir una supresión de la opresión que las mujeres sufren.
Políticas de redistribución económica	Políticas de reconocimiento e identidad	Políticas de representación transnacional

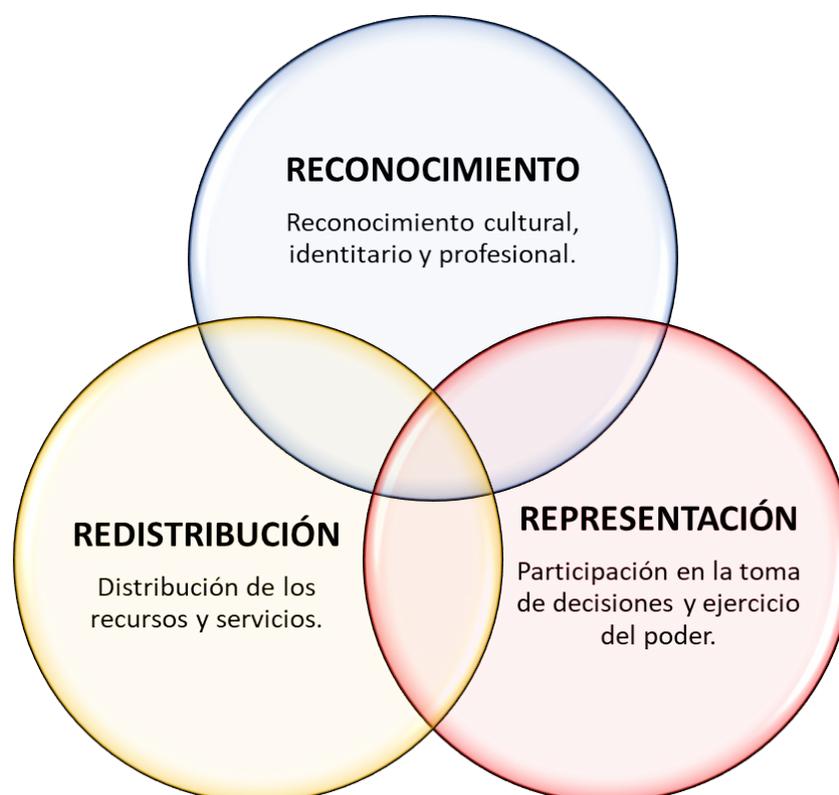
Nota: Adaptada de Doering (1992), Fraser (2009) y Medina (1999).

En esta tercera ola se encuentra la teoría propuesta por Fraser en ‘Escalas de Justicia’. Esta autora defiende una conceptualización tridimensional de la justicia, en la que no solo tiene cabida la redistribución económica, sino que incluye el reconocimiento y la identidad del grupo y su representación política (Fraser, 2009) (Figura 1-5). Fraser propone que cualquier fenómeno debe ser valorado desde esos tres puntos de vista, de esta forma se consigue un modelo en el que no existen tres esferas o dimensiones diferenciadas, sino que encontramos tres perspectivas complementarias desde las que analizar la situación (Arribas Verdugo y del Castillo Santos, 2007). Esto implica que la incidencia en cualquiera de las dimensiones afecta a las otras.

Esta interrelación puede comprenderse fácilmente a través de Boff (2006) que describe el funcionamiento de la maquinaria de conquista de los colonizadores mediante estas tres dimensiones de la justicia, argumentando que los grandes conquistadores inducían la pérdida de la identidad cultural de los pueblos a través del menosprecio de sus creencias, de su cultura y de sus valores. De esta forma anulaban a esas comunidades en lo relativo al poder y la representación política, puesto que los indígenas acaban albergando dentro de sí mismos la creencia de que no eran válidos. Por último y a consecuencia de la pérdida de la identidad y del poder se permitía también una pérdida en lo relativo a la redistribución económica, sometiendo a estos pueblos a la esclavitud o a la realización de trabajos poco remunerados. De la misma manera que el marco de Fraser es aplicado al colonialismo este puede adaptarse a la Enfermería como profesión y disciplina.

Figura 1-5

Dimensiones de la justicia según Fraser



Según este modelo, se puede entender que la pérdida de identidad y, por lo tanto, de reconocimiento viene determinada, en una parte, por la asignación de estereotipos de género al cuidado. Es decir, por asociar este a atributos identificados, tradicionalmente, con el rol femenino como: sumisión, pasividad, dependencia, emotividad y subjetividad. Estos atributos asociados al mundo femenino y doméstico no son valorados ni cuantificados y, por lo tanto, son invisibles y no reconocidos por la sociedad. Germán Bes (2004) apunta que “el papel enfermero es una continuación profesionalizada del cuidado doméstico, de ahí la falta de valor de gran parte del trabajo enfermero”. De hecho, son varios estudios los que consideran que el género ha influido en que la profesión enfermera tenga escaso reconocimiento social (Alberdi Castell, 1999; Cano-Caballero Gálvez, 2004; Cánovas Tomás, 2004; Fajardo Trasobares y Germán Bes, 2004; Germán Bes, 2006b; Germán Bes, Hueso Navarro, y Huércanos Esparza, 2011; Hueso Navarro, 2015; Mazarrasa Alvear, 2000; Piqué Prado, 2003). También Fajardo Trasobares y Germán Bes (2004) defienden que esto es debido a que no se ponen en valor los cuidados de carácter más subjetivo y más invisibles realizados por las enfermeras. En la misma línea, Medina (1999) apunta que el cuidado ha sido el componente más ignorado de la ayuda, científica y humanista, que históricamente se han prestado los seres humanos cuando se encontraban enfermos. Este autor indica que el principal motivo de la invisibilidad del trabajo de la enfermera son aquellas desigualdades de poder asimétricas que históricamente han impregnado las relaciones entre la enfermería y la medicina. Desigualdades que podrían deberse a la eficacia simbólica que asocia parte de los cuidados enfermeros a cualidades intrínsecamente femeninas.

Por otro lado, además de las atribuciones de género, existen otros condicionantes que influyen en la pérdida de identidad. El control sobre la autonomía de la enfermería también es un elemento clave en el proceso invisibilizador. Según Hueso Navarro (2014):

“El concepto de autonomía se fundamenta en el dominio del conocimiento, el reconocimiento de la capacidad de usarlo efectiva y creativamente como elemento fundamental para superar la duda de ser profesionales autónomos o no, para dar un cuidado con indicadores de excelencia, ejercer una práctica responsable y segura y dar visibilidad a los resultados de su trabajo”.

Al respecto de la falta de autonomía Gillian (1982) remarca que la epistemología ha sido colonizada por los valores masculinos y afirma que el estudio de la naturaleza y el conocimiento humano se ha dividido en dos corrientes principales: una hegemónica o masculina y otra ignorada o femenina. Benner (1984) también pone de manifiesto que los conocimientos producto de la experiencia durante la práctica y fruto, en muchas ocasiones, de la intuición, han sido devaluados por su supuesta falta de base científica. Por su parte, Medina (1999) señala que:

“Puede resultar paradójico afirmar que la Enfermería más que una simple ocupación subordinada a la medicina es una disciplina científica que posee un objeto particular de estudio y un cuerpo propio de saberes edificados a partir de aquel y, al mismo tiempo, ser incapaz de presentar la estructura y contenido de esos saberes. Sin embargo, tal dificultad se explica porque esos conocimientos, aunque existentes, han venido permaneciendo marginales e invisibles debido a las relaciones de poder que acompañan a la producción de discursos legítimos y que han permitido la hegemonía de las visiones empírico-analíticas de la salud-enfermedad encarnadas por el modelo biomédico”.

Aunque en la actualidad los claustros están ocupados por enfermeras y los planes de estudio tienen una perspectiva más holista, la formación todavía no se encuentra plenamente orientada hacia el cuidado (Hueso Navarro, 2014). De hecho, tradicionalmente, la formación de las enfermeras ha estado a cargo de médicos y se ha centrado en que tuvieran conocimientos básicos biomédicos para poder desarrollar acciones subordinadas y dependientes de la orden médica. La imposibilidad hasta hace poco de no poder acceder a la titulación de posgrado ha mermado la posibilidad de generar conocimiento y en muchos casos también de poder transmitirlo. Respecto de este panorama formativo escribe Hueso Navarro (2014) lo siguiente:

“[...] todavía quedaba superar el techo de cristal que tenían las enfermeras para conseguir puestos de dirección en las escuelas, ante la imposibilidad de acceder al máximo nivel académico. Muchas de las asignaturas y, sobre todo, las direcciones de las escuelas seguían estando en manos de profesores médicos. Este hecho ha condicionado los planes de estudio, que no han estado orientados al cuidado, ni han permitido desarrollar proyectos de investigación sobre el cuidado y su contribución a la mejora de la salud”.

El control sobre la praxis también es un importante factor que impide el desarrollo de la profesión de forma autónoma aumentando el conflicto. En este sentido, la minusvaloración del

cuidado ha provocado la fascinación por la tecnología y la medicalización de la salud lo que repercute en la identidad profesional (Hueso Navarro, 2014).

En definitiva, la falta de identidad de la profesión enfermera viene determinada por la asociación del cuidado con estereotipos de género y por la falta de autonomía para ponerlo en práctica y poder producir y transmitir el conocimiento relativo a este.

El hecho de que la enfermería no sea reconocida dentro del equipo sanitario ni a nivel social y que su corpus de conocimiento sea minusvalorado provoca que esta no alcance puestos de poder o representación en los que ejercer influencia.

Cerveró Campos (2021), en un estudio reciente, señala que, a la vista de los resultados, es evidente la escasez de enfermeras en puestos directivos y altos cargos en el sistema sanitario español.

Según Villela Rodríguez (2010) el modelo biomédico, que impone una dinámica de dominación de clase y sexo, establece una estratificación y una dominación que provoca que las enfermeras, por sus características, estén excluidas del poder central médico. Este dominio implica un conjunto de estrategias como la influencia sobre la enseñanza, la situación laboral y la autonomía profesional.

Por otro lado, esta misma autora indica que los hombres, que suponen en torno al 17 % del personal de enfermería, es decir una minoría, son los que ocupan los cargos más altos de gestión (presidentes del Colegio Profesional, Directores de Enfermería de Atención Primaria, Directores de Hospitales y Directores de Escuelas); lo que revela, a todas luces un posicionamiento importante del género masculino en las estructura sanitaria y educativa, a pesar de que en muchos casos las mujeres poseen niveles académicos superiores (Villela Rodríguez, 2010). Orsi Portalo et al. (2010) obtuvo resultados similares en la Comunidad de Madrid tanto para la disciplina médica como para la enfermera.

En este sentido, son varias las autoras que plantean que es preciso conseguir mayor representación de las enfermeras en los órganos de gestión de los sistemas sanitarios para conseguir mayor desarrollo profesional (Germán Bes, 2006b; Germán Bes et al., 2014; Germán Bes, Hueso

Navarro, y Huércanos Esparza, 2011; Hueso Navarro, 2014; Montesó Curto, 2010, 2011; Orsi Portalo et al., 2010).

Por último, el escaso acceso a la representación en puestos de decisión y el menoscabo de la identidad profesional y el reconocimiento social afecta a la posibilidad de una mejor redistribución económica. Esto se ve representado, por ejemplo, en la diferencia salarial con otros profesionales de la salud de igual titulación, a la precariedad laboral tanto en el tipo de contratos ofrecidos o la escasez de personal con ratios bajos de enfermeras.

En esta línea Hueso Navarro (2014) expone que las medidas de ajuste presupuestario secundarias a la crisis económica se centraron, sobre todo, en ajustes de personal, que afectan especialmente a la plantilla de enfermería. Añade que las condiciones laborales en que trabajan siguen siendo muy precarias, sometidas cada día a altísimos niveles de tensión.

El Consejo General de Enfermería (2022) indica que la ratio de enfermeras por cada 1000 habitantes es de 5,2 en España, situándose muy lejos de los 15,4 de países como Dinamarca o de la media comunitaria que se sitúa en 8,2 enfermeras por cada 1000 habitantes. En cambio, si comparamos la ratio de médicos en ejercicio por países, España se encuentra en séptima posición con 3,8 médicos por cada 1.000 habitantes, un dato por encima de la media europea que se sitúa en 3,5 médicos.

A modo de resumen, Germán Bes et al. (2014) afirman que los cuidados humanizados o invisibles, que comportan una buena dosis de ética, apenas se han comenzado a estudiar debido a la estrecha relación entre cuidado, género y economía privada. Apuntan que cuidar ha sido gratis financieramente hablando para la sociedad, dado que se ha realizado por las mujeres durante milenios en el ámbito doméstico. La profesión enfermera, muy influenciada por las relaciones de género, caracterizadas por la histórica subordinación y sumisión, apenas está en los lugares donde se toman las decisiones, fenómeno que algunos autores han denominado 'anorexia de poder' (Lunardi et al.,

2006). Si las enfermeras no están bien retribuidas, tienen malas condiciones laborales y su identidad social es la de meros ayudantes o auxiliares, probablemente se deteriorará el cuidado.

En la misma línea, Collière (1993), en las conclusiones de su libro 'Promover la vida', afirma que:

"Elaborados particularmente por las mujeres alrededor de la fecundidad, los cuidados han visto modificar profundamente su concepción con la llegada de la era cristiana y la aparición de la medicina 'científica'. Despojada de su saber, privada de la renovación de sus conocimientos, rota en tareas disociadas, la función de cuidar se convierte en una función subalterna desprovista de todo valor social y económico, hasta el día que bajo el impacto de la presión médica se transforma en una función 'habitual'. A espaldas de los cuidadores y encerrados en un rol que prescribe 'las conductas que hay que seguir', los cuidados se transforman en tratamientos, manteniendo solo su denominación, pero perdiendo lo esencial de su razón de ser".

En conclusión y, de acuerdo con los planteamientos de Fraser (2006), sería necesario adoptar soluciones transformativas que ayuden a disminuir la desigualdad. Según Hueso Navarro (2014) en el caso de las enfermeras el objetivo no sería solamente solidificar la identidad cuidadora de la enfermera, sino deconstruir la dicotomía, en este caso, entre cura y cuidado con el fin de desestabilizar todas las identidades prefijadas. También Germán Bes et al. (2014) defienden que, además de potenciar la identidad enfermera, sería deseable que las enfermeras se involucren más en las políticas públicas que contemplen más espacio para los cuidados invisibles.

1.2.4 El marco conceptual desde el que entendemos el cuidado y la profesión enfermera

La presente tesis doctoral y los estudios que la componen se ha basado en un mismo marco conceptual que sirvió de guía durante el proceso. El marco propuesto se sitúa, según la clasificación ideada por Kérouac et al. (1996), en el paradigma de la transformación. Bajo esta concepción el cuidado se dirige al bienestar de la persona, tal y como la persona lo define; es decir, la enfermera acompaña a la persona en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. La enfermera, para cuidar utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable (Kérouac et al., 1996).

El marco conceptual se basa en el construido por el Grupo AMAS que sigue esta línea de pensamiento dentro del paradigma de la transformación. De este modo, todo el trabajo realizado se fundamenta en el Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles y en el Triángulo de los Cuidados. Los referentes teóricos que sustentan esta visión del cuidado son variados. Algunos modelos y teorías enfermeras, especialmente los postulados provenientes de la Escuela del *Caring* (Benner, 1984; Kérouac et al., 1996; Leininger, 1991; J. Watson, 2008) y de la Escuela de las Relaciones Humanas (Peplau, 1990), elementos de la sociología y del punto de vista de género en el análisis de la profesión (Fajardo Trasobares y Germán Bes, 2004; Fraser, 2009; Germán Bes, 2004), la ecología (Mazarrasa Alvear et al., 2003), las emociones (Damasio, 2018) o la filosofía (Boff, 2012; Heidegger, 2012; Lévinas, 2015; Mayeroff, 1971) forman el abanico de referentes desde los que nos acercamos al cuidado.

1.2.4.1 El Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles

El Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles fue desarrollado por Hueso Navarro y Germán Bes (Hueso Navarro, 2015) (Figura 1-6). Este marco conceptualiza el cuidado desde una perspectiva bidimensional. Entiende que cuidar abarcaría dos grandes dimensiones, ‘Estar con’ y ‘Estar pendiente de’. La primera se refiere a los cuidados humanizados y se relaciona con conceptos como compañía, presencia, disponibilidad, consideración, tacto o empatía. En el otro lado, ‘Estar pendiente de’, abarcaría las habilidades científico-técnicas (control del dolor, medicación, curas, educación o escucha) y la vigilancia activa. Además, añade en este marco conceptual otras variables contextuales como la formación, el ámbito laboral, el entorno sociofamiliar y el ambiente (Hueso Navarro, 2015). Otra forma de analizar el marco es a través de una sección inferior donde se ubican elementos que sirven para analizar el contexto educativo y sanitario en el que se producen los cuidados y otra superior en la que se sitúan las acciones de cuidados a desarrollar, bien por los cuidadores familiares bien por las enfermeras. En el centro se sitúa el paciente al que se le pretenden garantizar su bienestar, su seguridad, su autonomía y su dignidad (Hueso Navarro, 2015).

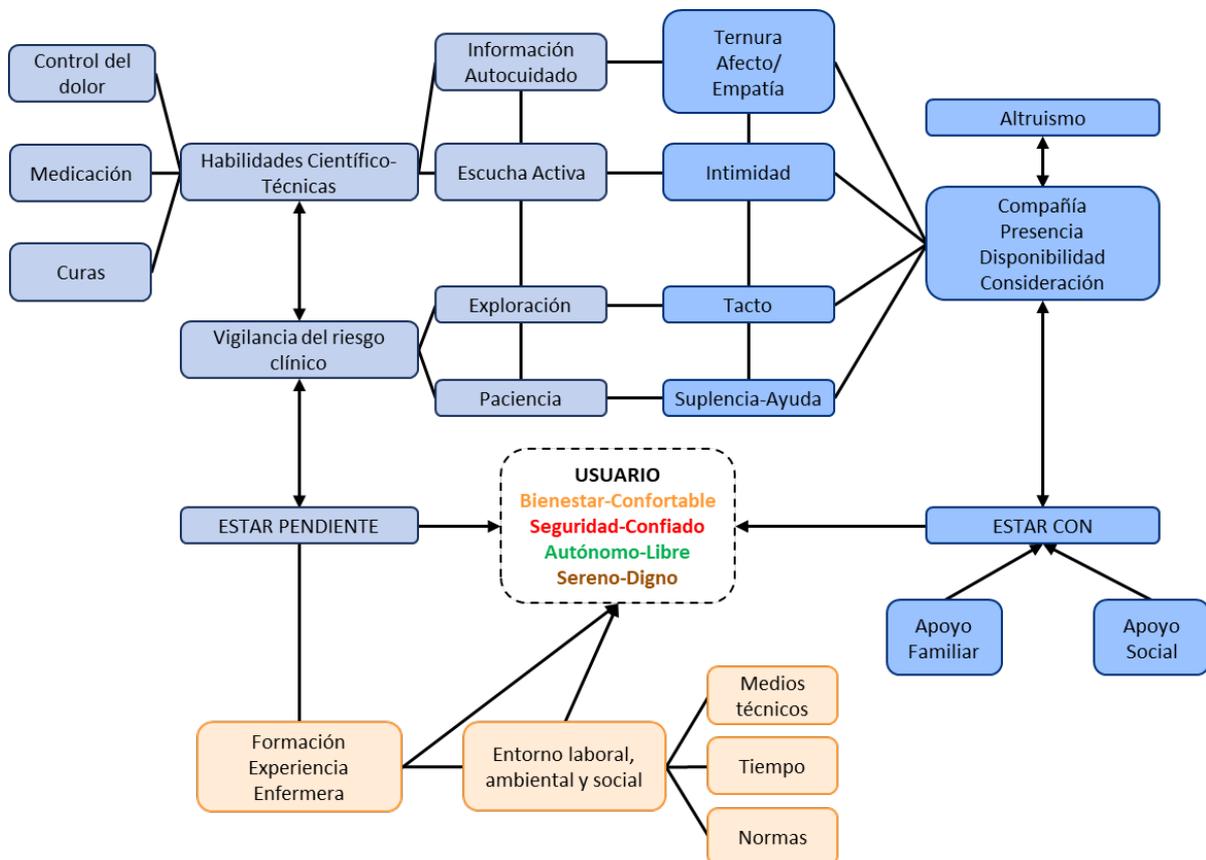
En la misma línea, Fajardo Trasobares y Germán Bes (2004) diferencian entre cuidados técnicos (*High-Tech*), relacionados con la tecnología médica y que tienen reconocimiento social y profesional; y los cuidados invisibles o humanizados (*High-Touch*), que acompañan al acto médico y se encuentran infravalorados. También Medina (1999) apunta en esta dirección al afirmar que:

“El cuidado de la salud es una práctica humana y debe ser estudiada por una ciencia humana. [...] Se mostrará lo erróneo del intento de considerar al cuidado de la salud como una ciencia aplicada (tecnología). [...] Sin embargo afirmaremos también que, el estudio de los cuidados de la salud, a diferencia de otras ciencias humanas prácticas, debe ser capaz de mostrar cómo las ciencias naturales se aplican en el cuidado de la salud, pero sin transformarlo reductiblemente de una práctica en una técnica”.

Esta dicotomía es, en definitiva, la misma que propone J. Watson cuando se refiere al cuidado como ‘estado’ y ‘esencia’ (Jesse, 2011).

Figura 1-6

Marco conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles



Nota: Adaptado de Hueso Navarro (2015).

Aunque desde el entorno Iberoamericano se ha conceptualizado el cuidado invisible bajo el término cuidado humanizado, en España, fue Huércanos Esparza (2010) quién definió por primera vez el concepto de cuidados invisibles como:

“Esas acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían registrables (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, la proximidad, etc.), así como las acciones que serían susceptibles de ser registradas por ser consideradas más profesiones que las anteriores pero que sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (drenaje emocional, capacitación para el autocuidado o la relación terapéutica)”.

Posteriormente, Germán Bes y Hueso Navarro (2010) al realizar una revisión de artículos centrados en los cuidados invisibles definieron diez dimensiones: a) fomento de autocuidado, b) mantener la relación de confianza, c) seguridad, d) apoyo emocional, e) acompañar, f) tacto, g) escucha, h) ética y respeto, i) confort y j) presencia cuidadora. En la misma línea, Boff (2012), al conceptualizar el cuidado, hace referencia a actitudes como la compasión, el tacto, el fomento de la autonomía, el acompañamiento o la confianza. Huércanos Esparza (2011) las resumió en ocho dimensiones: fomento del autocuidado, relación de confianza, apoyo emocional, el tacto y la escucha, el confort, la ética y el respeto, la presencia cuidadora y la imagen de la enfermera dentro del equipo.

En definitiva, como afirman German et al. (2011):

“Los cuidados invisibles implican que las enfermeras debemos ser excelentes al establecer la relación del cuidado con las personas, desarrollando habilidades de ayuda, personalizando el cuidado, logrando confianza, tranquilidad, y seguridad por parte de las personas cuidadas. [...]. Debemos saber escuchar, tocar, dar ánimo y alegrar si se puede, acompañar, reemplazar y sufrir con el otro. Ofreciendo nuestra disponibilidad, con nuestra presencia y vigilancia, pero a la vez mostrando respeto y preservando su intimidad. Procuramos dar el máximo confort, lo que incluye el alivio del dolor y siempre ofreciendo la posibilidad de aprender, para recuperar o mejorar su capacidad de autocuidado, su autonomía y su seguridad clínica”.

Los cuidados invisibles, fundamentales en el trabajo enfermero, son poco reconocidos tanto social como profesionalmente (Fajardo Trasobares y Germán Bes, 2004). Parece que lo que resulta visible de la profesión se limita casi exclusivamente a cuestiones físicas que tienen que ver con tareas delegadas de la medicina, quedando invisibles e infravalorados los cuidados. El escaso reconocimiento de la profesión enfermera y de los cuidados ha estado motivado, en parte por la asociación existente

entre género y cuidados (Fajardo Trasobares y Germán Bes, 2004; Germán Bes, 2004, 2006b), al relacionar parte de los cuidados enfermeros a acciones consideradas intrínsecamente femeninas. La invisibilidad también se relaciona con la concepción de los propios profesionales de lo que su labor conlleva, de hecho, resulta llamativa la existencia de profesionales que anteponen los cuidados de tratamiento a los cuidados relacionados con las necesidades básicas o de aquéllos que les confieren una importancia similar (Callén Galindo, 2012; Francisco del Rey et al., 2009). Otros factores asociados a la invisibilidad han sido las relaciones de poder, que todavía predominan en los equipos de trabajo, los criterios de calidad de las organizaciones sanitarias, la historia de la profesión enfermera o la formación (Fajardo Trasobares y Germán Bes, 2004; Huércanos Esparza, 2010).

También se pone de manifiesto en el trabajo de Huércanos Esparza (2010, 2012) que otro de los motivos de que los cuidados permanezcan invisibles, es que “las propias enfermeras no reflejan su trabajo limitándose a registrar los aspectos que tienen que ver con las tareas técnicas y delegadas de la medicina”. Un registro inadecuado de los cuidados conlleva inevitablemente a su invisibilidad. Se entiende de la definición de cuidados invisibles de Huércanos Esparza (2010), que una parte del cuidado no se podría registrar, sin embargo es necesario hacer especial hincapié en aquella que sí lo es y no se registra, en muchos casos por no considerarse importante o por no saber cómo registrarla. Se entiende por registros de enfermería a las acciones realizadas con el propósito de informar las actividades realizadas por el equipo de enfermería (Miorim et al., 2013). El registro es una actividad transversal que se imbrica en todas las fases del proceso enfermero.

Además, es llamativo observar cómo, a pesar de la inclusión de estos cuidados en las taxonomías internacionales (Tabla 1-21), lo que a priori debiera haber aumentado su visibilidad, estos no son registrados con asiduidad por parte de las enfermeras (Delgado Sevilla y Sánchez Guio, 2016; Lucha López et al., 2016; Rodríguez Pérez y Navas-Ferrer, 2016). Al respecto, Escalante Martínez de Muruguía (2013) propone que las enfermeras no registran de manera adecuada por varios motivos: por desconocimiento, por inexperiencia, por la idea de que es una tarea burocrática y ajena, y sobre todo por una idea distorsionada del rol de la enfermería. En la misma línea, J. Watson (2008) indica

que las enfermeras aplican los 'Factores de Cuidados' constantemente pero que no los conocen, ni necesariamente los nombran. Así, las enfermeras generalmente no son conscientes de sus propios fenómenos y no tienen el lenguaje para identificarlos, registrarlos y comunicarlos sistemáticamente. Añade que, esto es resultado tanto de la falta de conciencia y terminología del cuidado como del conocimiento reconocido de aquellas prácticas cotidianas que definen su trabajo.

En cuanto a la formación en cuidados invisibles es necesario citar a Gasch Gallén et al. (2012) que indican que es necesario "incorporar el aprendizaje de los cuidados invisibles en la formación en Enfermería, considerando que son competencias profesionales y no solo actitudes relacionadas con la personalidad". Estos autores añaden que, para adquirir estas competencias, es necesario aplicar metodologías de enseñanza-aprendizaje, y por ende de evaluación, que destaquen aquello que no se ve, que no se reconoce y que es un requerimiento ético y terapéutico. Existen experiencias previas relacionadas con la evaluación de competencias en cuidados invisibles. Las metodologías formativas utilizadas fueron el ABP (Gasch Gallén et al., 2012) o las escalas autoadministradas a lo largo de las prácticas clínicas (Gasch Gallén et al., 2014).

Tabla 1-21

Ejemplos de intervenciones enfermeras recogidas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) referidas a cuidados invisibles

6482. Manejo ambiental confort (Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima).

5340. Presencia (Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente durante los momentos de necesidad).

5460. Contacto (Proporcionar consuelo y comunicación a través del contacto táctil intencionado).

4920. Escucha activa (Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.)

Nota: Adaptado de Butcher et al. (2019).

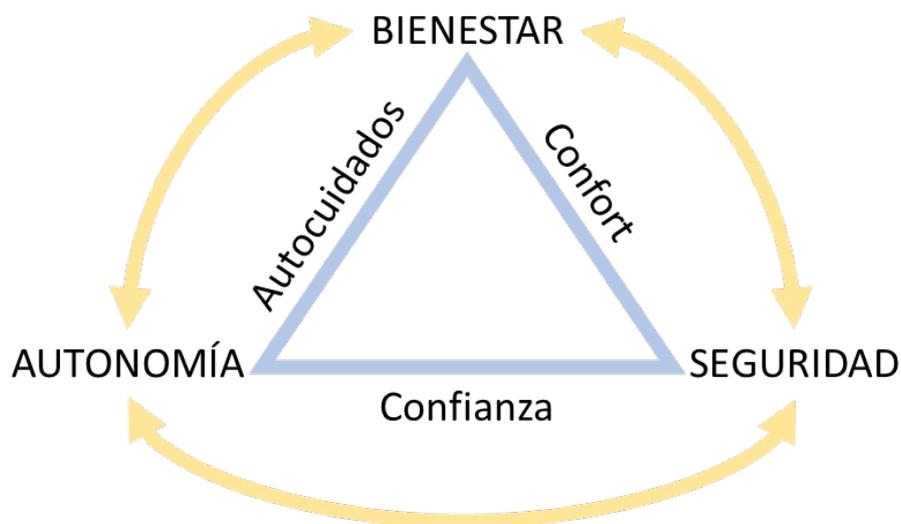
1.2.4.2 El Triángulo de los Cuidados

El marco conceptual descrito anteriormente centra la atención en el bienestar, la autonomía y la seguridad de las personas cuidadas. Estas tres dimensiones son las que orientan los cuidados que realiza la enfermera. Este modelo tridimensional fue desarrollado por Germán Bes (2004) y denominado como Triángulo de los Cuidados (Figura 1-7).

Germán Bes (2004) plantea que bienestar, seguridad y autonomía, son tres palabras clave de la aportación social del cuidado enfermero. El bienestar supone ayudar a enfrentar el dolor y manejar la analgesia, crear ambientes confortables, no solo en lo físico, a la medida de las necesidades de cada usuario y las personas de apoyo principal o cuidadores familiares. Seguridad de que, en nuestro papel de vigilantes, discriminamos los signos que indican la evolución positiva y las complicaciones; esta seguridad se complementa con las palabras y gestos de apoyo afectivo y emocional que necesitamos cuando nos sentimos indefensos y necesitados de ayuda. Autonomía funcional para procurar que la persona recupere pronto su propio cuidado, y también para aprender a enfrentar las crisis, dolencias y enfermedades de la vida.

Figura 1-7

El Triángulo de los Cuidados



Nota: Adaptado de Grupo AMAS (2016b).

En palabras de Orkaizagirre Gómara (2016) la enfermera cuando conforta al paciente y se preocupa por su estado está trabajando el bienestar, cuando informa y trabaja de manera competente ofreciendo confianza al paciente está potenciando la seguridad y cuando instruye al paciente en los autocuidados a realizar y permite que participe en su proceso está fomentando su autonomía. Pero, además, los tres ángulos están íntimamente relacionados, de tal manera que cuando se trabaja sobre uno de ellos resulta beneficioso para los otros dos y se potencian y, por el contrario, si se descuida uno de ellos los demás se ven perjudicados.

1.2.4.3 Atención plena y compasión como dimensiones del cuidado

El término *mindfulness* fue utilizado por primera vez por Rhys-Davids en el año 1881 como traducción del término pali *sati* (*smṛti* en sánscrito) que denota conciencia, atención y recuerdo (García Campayo, 2008; Urcola Pardo et al., 2014). El pali es la lengua en la que se transmitieron las enseñanzas budistas y *mindfulness* se configura como uno de sus conceptos nucleares (García Campayo, 2008). La traducción del vocablo inglés *mindfulness* al castellano topa con una multiplicidad de términos que se refieren a esta palabra, lo que constituye un importante problema de entendimiento. Como apuntan Urcola Pardo et al. (2014) solamente en el libro 'El milagro de *mindfulness*' de Hahn (1976), aparecen más de 5 términos diferentes en su versión en español, para referirse a lo que en la versión inglesa denominan *mindfulness*. Generalmente, en castellano, las traducciones más utilizadas y aceptadas son atención o conciencia plena (Urcola Pardo et al., 2014). Fue Kabat Zinn, en 1978, quien introdujo esta práctica meditativa en el medio sanitario y terapéutico occidental. Desde ese momento, su aplicación asistencial y en investigación ha ido aumentando y se ha extendido a disciplinas sanitarias (medicina, psicología enfermería), educativas, deportivas, incluso empresariales. Este hecho queda objetivado por la creciente aparición de publicaciones relativas a la atención plena que han ido apareciendo en los últimos años (Baminiwatta y Solangaarachchi, 2021).

Puede definirse atención plena como “ser consciente de cada momento o prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación”

(Kabat-Zinn, 2012). En la misma línea, Hahn (1976, 2004) entiende que este concepto implica “mantener viva la conciencia en la realidad presente de forma que se esté en contacto con la vida, puesto que la vida solo puede encontrarse en el momento presente”.

En relación con el concepto de atención plena también es importante añadir que esta puede concebirse como un rasgo o como un estado. La atención plena como rasgo implica una característica de la personalidad por la que los seres humanos tendrían una tendencia innata a adoptar una actitud de aceptación y atención a la experiencia presente (Baer et al., 2008) y, por lo tanto, estaría implícita una mayor estabilidad temporal y una menor susceptibilidad al cambio generado por el entrenamiento (Hick y Bien, 2010). Por otro lado, la atención plena como estado se refiere a la capacidad de desarrollar la habilidad de estar atentos momento a momento a través de la práctica, lo que implica que la atención plena sería susceptible de ser entrenada y modificada con el tiempo (Cebolla y Demarzo, 2014)

No se puede dejar de mencionar la compasión como elemento central del concepto atención plena. De hecho, en la cultura budista la atención y la compasión se consideran inseparables y se asimilan a las dos alas de un pájaro (el pájaro del *dharma*) (Simón Pérez, 2014). Sin embargo, en este contexto el término compasión no se refiere al “sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias” como define la RAE (2001); sino que se podría describir como “el sentimiento que surge al presenciar el sufrimiento de otro y que conlleva el deseo de ayudar” (Goetz et al., 2010) o “tratar a los demás como quisiéramos ser tratados” (Armstrong, 2011).

Para ser compasivos son necesarias algunas habilidades relacionadas unas con otras (Figura 1-8). Al principio, al contemplar el sufrimiento del otro, surge en nosotros la empatía, que implica tanto comprender lo que está sucediendo en su mente, como sentir su estado emocional. A continuación, si se despierta en nosotros la bondad amorosa (*metta*), seremos capaces de tolerar el malestar que el sufrimiento del otro puede generarnos. También podremos evitar enjuiciarle y encontrar la motivación y la energía suficientes para ayudar al sufriente. Por último, la acción de

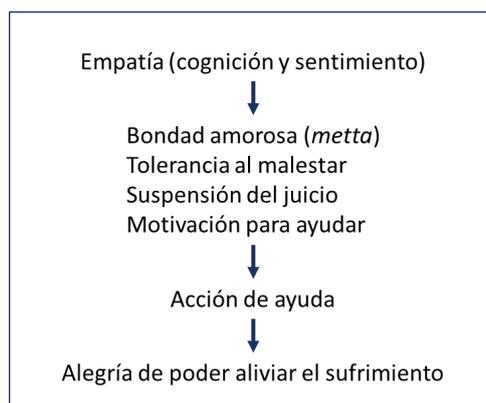
ayudar nos proporcionará un sentimiento de alegría y de satisfacción, al ver que nuestra actuación ha servido para aliviar el sufrimiento de ese ser (Simón Pérez, 2014).

La autocompasión consiste en darnos a nosotros mismos el mismo cuidado, consuelo y serenidad que de forma natural hacemos llegar a quienes queremos cuando están sufriendo, cuando fracasan o se sienten mal (Germer, 2011).

Urcola Pardo (2017) considera que atención plena, compasión y autocompasión son elementos centrales del cuidado y en su tesis doctoral realiza un recorrido por las aproximaciones de diferentes teóricas enfermeras que incluyen, en la conceptualización de cuidado, ambas dimensiones.

Figura 1-8

El flujo de la compasión



Nota: Adaptado de (Simón Pérez, 2014).

En este sentido, es destacable la figura de J. Watson (2008), teórica enfermera muy influida por la filosofía oriental, quien afirma que “el cuidado comienza con estar presente, abierto a la compasión, la misericordia, la gentileza, la bondad amorosa y la ecuanimidad hacia y con uno mismo antes de poder ofrecer un cuidado compasivo a los demás”. Esta definición hace patente que conceptos como atención plena, compasión o bondad amorosa son dimensiones esenciales del cuidado. Además, señala que las enfermeras sensibles a los demás son más capaces de aprender la visión del mundo que tienen estos, lo que aumenta su preocupación por la comodidad, recuperación y bienestar ajenos;

es decir, cuidan mejor (Jesse, 2011; J. Watson, 1979, 1988, 1992). Para J. Watson la meditación, junto con otras experiencias de crecimiento personal, son facilitadores para la práctica de la enfermería (Jesse, 2011).

1.3 JUSTIFICACIÓN

La creación de la escala CIBISA vino determinada por la necesidad de disponer de un instrumento que permitiese medir el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles. Las rúbricas para la evaluación de competencias están desarrolladas en el ámbito de las ciencias de la salud. Sin embargo, en muchos casos no tienen el punto de vista del cuidado invisible que resulta esencial.

Por ello, en el curso 2013/2014, una vez validada estadísticamente la escala, el siguiente paso era probarla y hacerlo en diferentes escenarios. Es decir, saber si la escala era un instrumento, además de válido y fiable, útil.

En ese contexto, es en el que se configura el proyecto CIBISA y en el que se enmarca la tesis doctoral que se presenta. Para ello se planificaron varios proyectos que pretenden dar respuesta a algunas preguntas respecto de la validez, la fiabilidad y la utilidad de la escala.

En primer lugar, surgía la necesidad de comprobar si la escala se relacionaba, efectivamente, con dimensiones del cuidado importantes y ubicadas más allá de lo eminentemente técnico. Para resolver esta primera pregunta se realizó el primero de los estudios que se presenta en este trabajo de tesis doctoral en el que se decidió comprobar si las puntuaciones de la escala CIBISA correlacionaba con variables como compasión y atención plena, dimensiones consideradas esenciales dentro del cuidado. De esta manera se analizaba además la validez convergente de la escala.

Por otro lado, parecía necesario valorar si la escala resultaba útil para el alumnado como instrumento de autoevaluación durante sus prácticas. Conocer sus impresiones al usar la escala era fundamental. Se desarrolló para ello el segundo estudio de esta tesis doctoral en el que, además, se decidió añadir un instrumento extra a la escala CIBISA, los Eventos Notables, con la idea de aportar a la escala y a su objetividad algunos datos cualitativos y subjetivos.

Otra pregunta que surgió una vez desarrollados estos primeros trabajos y que supuso el desarrollo del tercero de los proyectos fue si esta escala, que había tenido a priori un adecuado funcionamiento en la autoevaluación del alumnado durante sus prácticas clínicas, también servía para evaluar, por parte de los docentes, los estudiantes durante las situaciones de simulación clínica.

El último de los estudios que se presenta, más que responder a una pregunta de investigación concreta, a lo que respondió fue a las circunstancias impuestas por la pandemia. La situación que provocó la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) a nivel formativo en las universidades durante el año 2020 generó una situación de supresión de las prácticas clínicas del alumnado que se vio, en muchos casos, apartado de la práctica clínica habitual. Este último estudio responde a esas necesidades y, además, pretende valorar si también en esa 'práctica a distancia', que se propuso los estudiantes, la escala CIBISA servía para medir el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles.

2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS

2.1.1 Principal

1. La escala CIBISA, y sus adaptaciones, son instrumentos válidos, fiables y útiles para evaluar el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles del alumnado de Grado de Enfermería en diferentes ámbitos evaluativos.

2.1.2 Secundarias

Estudio 1

2. La escala CIBISA posee una adecuada consistencia interna y validez convergente en la mensura del aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles en una muestra de estudiantes de Grado de Enfermería durante sus prácticas clínicas.
3. La atención plena y la autocompasión, dimensiones fundamentales del cuidado, son mediadores del aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles en estudiantes de Grado de Enfermería durante sus prácticas clínicas.

Estudio 2

4. La escala CIBISA es una herramienta válida, fiable y útil para que el alumnado de Grado de Enfermería autoevalúe el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles durante sus prácticas clínicas.
5. El alumnado de Grado de Enfermería es capaz de identificar, a través de los Eventos Notables, dimensiones de cuidados invisibles que se relacionan con ítems de la escala CIBISA durante sus prácticas clínicas.

Estudio 3

6. La escala CIBISA-Evaluadores es una herramienta válida y útil para evaluar el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles del alumnado de Grado de Enfermería en situaciones de simulación clínica.

Estudio 4

7. La escala CIBISA-COVID es una herramienta válida y fiable para que el alumnado de Grado de Enfermería autoevalúe su aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles en la asistencia a personas de su entorno confinadas durante la pandemia de COVID-19.
8. El alumnado de Grado de Enfermería es capaz de identificar a través de los Eventos Notables dimensiones de cuidados invisibles que se relacionan con ítems de la escala CIBISA-COVID en la asistencia a personas de su entorno confinadas durante la pandemia de COVID-19.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 General

1. Analizar la validez, fiabilidad y utilidad de la escala CIBISA, y sus adaptaciones, para evaluar el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles del alumnado de Grado de Enfermería en diferentes ámbitos evaluativos.

2.2.2 Específicos

Estudio 1

2. Analizar la fiabilidad y la validez convergente de la escala CIBISA en una muestra de estudiantes de Grado de Enfermería durante sus prácticas clínicas.
3. Estudiar la asociación entre el aprendizaje en cuidados, la atención plena y la autocompasión en estudiantes de Grado de Enfermería durante sus prácticas clínicas.

Estudio 2

4. Medir el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles a través de la autoevaluación del alumnado de sus prácticas clínicas con la escala CIBISA.
5. Examinar la relación entre los ítems de la escala CIBISA y el discurso del alumnado recogido a través de la narración de Eventos Notables durante sus prácticas clínicas.

Estudio 3

6. Analizar la validez de contenido y la utilidad de la escala CIBISA-Evaluadores para evaluar el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles del alumnado de Grado de Enfermería durante situaciones de simulación clínica.

Estudio 4

7. Analizar la validez y fiabilidad de la escala CIBISA-COVID para que el alumnado de Grado de Enfermería autoevalúe su aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles en la asistencia a personas de su entorno confinadas durante la pandemia de COVID-19.
8. Examinar la relación entre los ítems de la escala CIBISA-COVID y el discurso del alumnado recogido a través de la narración de Eventos Notables en la asistencia a personas de su entorno confinadas durante la pandemia de COVID-19.

3 CONSIDERACIONES ÉTICAS GENERALES

La investigación con estudiantes está sujeta a la normativa general aplicable a la investigación con seres humanos: Informe Belmont (1979), Declaración de Helsinki (2017) y Ley 14/2007. Sin embargo, por el hecho de ser estudiantes pueden confluír algunos conflictos éticos de especial consideración que deben ser tenidos en cuenta (Balluerka et al., 2012). En este apartado se describen estas consideraciones y los pasos dados para garantizar los derechos de los participantes en los diferentes estudios.

En primer lugar, es necesario justificar la elección de estudiantes universitarios como sujetos de investigación para el desarrollo de estos estudios. En este sentido, es evidente que la validación de un instrumento evaluativo como es el caso de la escala CIBISA, y sus adaptaciones, no podía ser investigado en una población distinta de la universitaria y, por ello, fue necesario recurrir a este grupo de población. En este contexto, la voluntariedad en la participación fue el problema principal. La relación existente entre profesorado y alumnado es una relación vertical no igualitaria en la que se pueden producir situaciones de obligación real o percibida e incluso de influencia indebida (Balluerka et al., 2012). Para evitar estas situaciones se tomaron las siguientes medidas que garantizaron los derechos de los estudiantes. Estas medidas también se aplicaron al Estudio 3, a pesar de que en este los participantes fueran docentes.

La participación en todos los estudios fue voluntaria y, por lo tanto, la decisión de no participar no afectó a su relación con el investigador ni su equipo. Tampoco supuso ninguna medida coercitiva a nivel académico. De hecho, las puntuaciones obtenidas en la escala CIBISA, sus adaptaciones u otros instrumentos utilizados, no fueron tenidas en cuenta ni positiva ni negativamente en la calificación habitual del alumnado. También se garantizó el derecho de los participantes a retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones al equipo investigador. Para ello, bastaba con que manifestaran su intención al investigador principal del estudio tras lo cual se eliminaron los datos recogidos.

Se optó por un sistema de reclutamiento mixto (directo-indirecto) según los estudios. La captación directa fue realizada mediante una reunión informativa llevada a cabo por personas sin vinculación docente con el alumnado. Estas sesiones exclusivamente tenían una finalidad informativa para los participantes. El reclutamiento indirecto se realizó enviando la información del estudio de forma *on-line* con la colaboración de instituciones que podían transmitir la información del estudio a sus integrantes que eran candidatos de interés a participar en cada estudio. No se ofertaron incentivos ni compensaciones, económicas o académicas, a los participantes de los diferentes estudios.

En el Estudio 1, en el que se optó por un sistema de reclutamiento directo, no se elaboró ningún Documento de Información para los participantes y para garantizar el derecho a la información y a la decisión libre y autónoma se facilitó la información de forma oral. Al obtener los datos mediante cuestionarios autoadministrados, se consideró que aquellas personas que lo contestaron lo hicieron libremente y autorizaban la utilización de los datos proporcionados en el mismo. En el caso de los Estudios 2, 3 y 4, en los que el reclutamiento fue mixto, sí que se elaboraron Documentos de Información y Consentimientos Informados para los participantes (Anexos I y II).

Toda la información recogida para la elaboración de esta tesis doctoral se ha tratado conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018. El responsable del tratamiento de los datos fue el autor de la tesis doctoral y solo él tuvo acceso a los datos personales y académicos, y los trató con carácter confidencial. No se compartieron los datos con terceros salvo obligación legal. Se aseguró que los participantes pudiesen ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD) ante el investigador principal del proyecto, pudiendo obtener información al respecto dirigiendo un correo electrónico a la dirección 604501@unizar.es. Así mismo, en cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD, se informó que, si así lo deseaban, los participantes podían acudir a la Agencia Estatal de Protección de Datos (<https://www.aepd.es>) para presentar una reclamación cuando consideraran que no se habían atendido debidamente sus derechos. A continuación, también se le facilitó el enlace a la política de

privacidad y los términos de uso de la plataforma utilizada para la recogida de datos: Términos de uso y Política de privacidad. Los datos recogidos fueron almacenados en un único ordenador personal, propiedad del autor, que tiene acceso con clave alfanumérica.

En la base de datos del estudio no se incluyó ningún dato que pudiera identificar a los participantes del estudio, sino que se les asignó un Código de Identificación Personal (CIP). Este código fue creado específicamente para cada estudio y no se basó en otros documentos identificativos, personales o vinculados a la universidad. Además de en esta tesis doctoral, las conclusiones del estudio serán presentadas en congresos y publicaciones científicas, pero siempre se hará con datos agrupados y nunca se divulgará nada que pueda identificar a los participantes.

En términos de riesgo/beneficio se garantizó que la participación en el estudio no revestía ningún riesgo para los participantes y las molestias previstas fueron las derivadas del tiempo que conlleva leer la información y cumplimentar los cuestionarios. Por otro lado, no se produjeron beneficios directos, inmediatos y/o tangibles derivados de la participación en el estudio. Sin embargo, los sujetos de estudio tuvieron la oportunidad de participar en un tipo de evaluación diferente, centrada en los cuidados invisibles y humanizados y que contribuirá al avance y la mejora de la formación de los graduados en enfermería, que son elementos clave en la atención sanitaria de calidad, en la mejora de la salud de la población y en el desarrollo de la disciplina enfermera.

La única vinculación del autor de la tesis doctoral con la Universidad es la de alumno del Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza. Esto implica que no existe vinculación laboral o docente con la universidad y, por lo tanto, tampoco con el alumnado. Sí tenían vinculación docente con el estudiantado los directores de la tesis doctoral que por lo tanto se vieron exentos de realizar actividades que tuviesen que ver con el reclutamiento de estudiantes o el almacenamiento de los datos personales.

Ninguno de los estudios que componen la tesis doctoral fueron financiados por instituciones públicas o privadas, ni existió en su elaboración, ejecución o difusión conflicto de intereses por parte de ninguno de los investigadores.

4 ESTUDIO 1. CONSISTENCIA INTERNA Y VALIDEZ
CONVERGENTE DE LA ESCALA CIBISA: ATENCIÓN PLENA Y
AUTOCOMPASIÓN COMO MEDIADORES DEL APRENDIZAJE
EN CUIDADOS

4.1 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1.1 Hipótesis

- La escala CIBISA posee una adecuada consistencia interna y validez convergente en la mensura del aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles en una muestra de estudiantes de Grado de Enfermería durante sus prácticas clínicas.
- La atención plena y la autocompasión, dimensiones fundamentales del cuidado, son mediadores del aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles en estudiantes de Grado de Enfermería durante sus prácticas clínicas.

4.1.2 Objetivos

- Analizar la fiabilidad y la validez convergente de la escala CIBISA en una muestra de estudiantes de Grado de Enfermería durante sus prácticas clínicas.
- Estudiar la asociación entre el aprendizaje en cuidados, la atención plena y la autocompasión en estudiantes de Grado de Enfermería durante sus prácticas clínicas.

4.2 METODOLOGÍA

4.2.1 Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal multicéntrico en el que participaron estudiantes de Grado de Enfermería de varias Universidades Españolas durante el curso 2016-2017.

4.2.2 Población y muestra

La población diana fue el alumnado de segundo curso o superior de Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza (UNIZAR), de la Universidad del País Vasco (UPV), de la Universidad de Valladolid-Campus de Soria (UVA-CS), de la Universidad de Sevilla (US) y de la Escuela Universitaria de

Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla) (EUE-SJD). La población a estudio quedó delimitada por los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión
 - Ser estudiante de segundo curso o superior del Grado de Enfermería de cada una de las universidades mencionadas, durante el curso 2016-2017.
- Criterios de exclusión
 - Estudiantes que no hubiesen finalizado, al menos, un rotatorio de estancias clínicas.
 - Estudiantes que entregasen cuestionarios incompletos, indebidamente cumplimentados o fuera del plazo señalado.

Como la población a estudio era accesible no se aplicaron técnicas de muestreo y se trabajó con una muestra poblacional con el objetivo de reducir al mínimo los efectos de posibles pérdidas.

4.2.3 Variables

Se realizaron medidas de las siguientes variables:

- Variable dependiente
 - Aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles: medida con la Escala CIBISA (Urcola Pardo et al., 2017)(cuantitativa continua).
- Variables independientes
 - Sexo: hombre, mujer (cualitativa dicotómica).
 - Edad: años (cuantitativa continua).
 - Centro educativo: UNIZAR, UPV, UVA-CS, US, EUE-SJD (cualitativa nominal).
 - Lugar de prácticas: atención primaria, atención especializada (cualitativa dicotómica).
 - Atención plena: medida con la validación al castellano de la *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) (Soler et al., 2012) (cuantitativa continua).
 - Autocompasión: medida con la validación al castellano de la *Self-Compassion Scale-Short Form* (SCS-SF) (García Campayo et al., 2014)(cuantitativa continua).

4.2.4 Instrumentos de recogida de datos

Para recoger las variables mencionadas con anterioridad fueron utilizados los instrumentos de medida que se describen a continuación:

- Escala CIBISA (Urcola Pardo et al., 2017) (Anexo III): para medir el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles durante las prácticas clínicas por parte del alumnado se utilizó la escala CIBISA. Su nombre responde a las siglas de Cuidados Invisibles (CI), Bienestar (BI), Seguridad (S) y Autonomía (A). La escala original se basó en la validación al castellano (Bautista, 2008; Cárdenas Jiménez et al., 2008; Gómez Ramírez et al., 2008) de la escala Care-Q (Larson, 1981) y la escala de Percepción de Cuidado Invisible Enfermero (PECIE) (Huércanos Esparza, 2011). Originalmente la escala constaba de 45 ítems que describían acciones de cuidados a nivel hospitalario y domiciliario. El cuestionario estaba diseñado para ser autoadministrado. El pilotaje de la escala (Urcola Pardo et al., 2017) fue realizado por 180 estudiantes de Grado de Enfermería de UNIZAR y UPV. A través del estudio de validación se pudo demostrar que la escala CIBISA era un cuestionario de rápida cumplimentación (10 minutos), adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,89$), independencia respecto de otras variables y constituido por una sola dimensión. Además, durante este proceso de validación de la escala, se eliminaron 17 de los ítems por considerarlos redundantes, no procedentes o de difícil comprensión para el alumnado. Así la escala definitiva se redujo de 45 ítems a un total de 28. La escala CIBISA es un instrumento de autoevaluación compuesto por 28 ítems, medidos mediante una escala de tipo *Likert* con cuatro posibles respuestas (1: Nunca; 2: Alguna vez; 3: Con frecuencia; 4: Siempre), que describen situaciones de cuidados habituales en las prácticas clínicas. La escala mide el aprendizaje en cuidados como una única dimensión. El valor global de la escala se estima hallando el valor medio de los ítems, de forma que, la puntuación mínima es 1 y la máxima es 4. Se considera que, a mayor puntuación, mayor nivel de aprendizaje en cuidados. Es un cuestionario de fácil y rápida cumplimentación que ha demostrado tener una alta consistencia interna y una buena correlación entre sus elementos.

Es una herramienta fiable y útil para la evaluación del alumnado ya que sus resultados no se modifican en función de variables como la edad, el sexo, la universidad o los servicios en los que se realizan las prácticas, haciéndola adecuada para la evaluación de cualquier alumno o alumna, en cualquier circunstancia. Asimismo, ha sido considerada por los expertos como una herramienta válida para la evaluación por parte del profesorado del aprendizaje adquirido durante las prácticas, así como la autoevaluación de dichas prácticas por el alumnado (Urcola Pardo et al., 2017).

- *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) (Soler et al., 2012) (Anexo IV): para medir la atención plena se aplicó la MAAS que fue elaborada por K.W. Brown y Ryan (2003) y adaptada al castellano por Soler et al. (2012). La MAAS es un cuestionario autoadministrado que evalúa, de forma global, la capacidad disposicional de un individuo para estar atento y consciente a la experiencia del momento presente, es decir mide la atención como rasgo (Soler, 2014). Consta de 15 ítems que miden la presencia o ausencia de atención/conciencia en lo que ocurre en el momento presente y en la vida diaria. Se puntúa según una escala tipo *Likert* con un rango de entre 1 (casi siempre) y 6 (casi nunca). La puntuación se obtiene a partir de la media aritmética del total de ítems pudiendo ir, por lo tanto, de 1 a 6 puntos: puntuaciones más elevadas indican mayores niveles de atención plena. En la validación al castellano se confirmó la estructura unidimensional de la escala y se obtuvieron valores psicométricos adecuados ($\alpha = 0,89$ y $ICC = 0,82$) (Soler et al., 2012).
- *Self-Compassion Scale-Short Form* (SCS-SF) (García Campayo et al., 2014) (Anexo V): para medir la variable autocompasión se utilizó la versión corta de la SCS (Neff et al., 2003) creada por Raes et al. (2011) y validada al castellano por García Campayo et al. (2014). Los 12 ítems de la escala se agrupan en 6 dimensiones: auto-amabilidad, auto-juicio, humanidad común, aislamiento, atención plena y sobre-identificación. El formato de respuesta de la escala es tipo *Likert* con un rango que va de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre) en cada uno de los ítems. La puntuación total se calcula al sumar el valor medio de cada una de las 6 dimensiones de las

que se compone la escala y, por lo tanto, puede oscilar entre 6 y 30 puntos. No obstante, en este estudio se calculó la puntuación total haciendo la media aritmética de toda la escala y, por lo tanto, la puntuación podía fluctuar entre 1 y 5. En cualquier caso, puntuaciones más altas indican mayor nivel de autocompasión. En el estudio de validación original la SCS-SF presentó una alta consistencia interna ($\alpha = 0,86$) y fiabilidad intraobservador ($ICC = 0,93$) (Raes et al., 2011). Además, la correlación entre la versión corta y larga de la escala fue casi perfecta ($r \geq 0,97$) (Raes et al., 2011). En la validación al castellano realizada por García Campayo et al. (2014) se pudo confirmar la estructura de 6 dimensiones y se obtuvieron valores psicométricos similares a los obtenidos por los autores de la versión corta ($\alpha = 0,85$; $ICC = 0,89$ y $r(\text{correlación con versión larga}) = 0,92$).

- Cuestionario de variables sociodemográficas y académicas: cuestionario *ad hoc* confeccionado para este estudio en el que se recogieron las variables de edad, sexo, centro educativo y lugar de prácticas (Anexo VI).

4.2.5 Procedimiento de recogida de datos

Los datos fueron recogidos durante el mes de octubre del año 2016 a través de los coordinadores del proyecto CIBISA en cada uno de los centros universitarios mencionados. Se realizaron reuniones previas con los estudiantes para informarle sobre el motivo del estudio y la forma de participación. El alumnado que deseara participar en el estudio debía entregar el cuestionario completo a los coordinadores del proyecto CIBISA. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes que desearon participar en el estudio. Al obtener los datos mediante cuestionarios autoadministrados, se consideró que aquellas personas que lo contestaron lo hicieron libremente y autorizaban la utilización de los datos proporcionados en el mismo.

4.2.6 Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 23.0. La normalidad se comprobó mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. Se realizó un análisis descriptivo con media y

desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. La determinación de la fiabilidad de la escala CIBISA, la MAAS y la SCS-SF en este grupo de participantes se calculó mediante el alfa de Cronbach para la consistencia interna. En el análisis inferencial se utilizó la t de Student para variables cualitativas dicotómicas, ANOVA de un factor para aquellas de más de dos categorías y el Coeficiente de Correlación de Pearson para variables cuantitativas. En caso de que no existiera normalidad en la distribución de la variable en los grupos a comparar se utilizaron las correspondientes pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Coeficiente de Correlación de Spearman).

4.3 RESULTADOS

4.3.1 Descripción de la muestra

En este estudio participaron 397 estudiantes de enfermería de los que 330 fueron mujeres (83,1 %). La edad media fue de 22,37 años (DE = 4,70). La mayoría, el 31,2 %, pertenecía a UNIZAR. En torno al 40 % del alumnado estaba realizando sus prácticas clínicas en Atención Primaria frente al 60 % que las estaba desarrollando en Atención Especializada (Tabla 1). Los valores medios de la escala CIBISA, la MAAS y la SCS-SF pueden verse en la Tabla 4-1.

4.3.2 Fiabilidad de las escalas

La escala CIBISA alcanzó un alfa de Cronbach de 0,858, aunque al retirar los ítems 2, 3, 8 y 28 se mejoraba ligeramente la fiabilidad de la escala ($\alpha = 0,860$, $\alpha = 0,859$, $\alpha = 0,866$ y $\alpha = 0,863$, respectivamente). Por su parte, la MAAS obtuvo un alfa de Cronbach de 0,888 y solo al retirar el primer ítem mejoraba su fiabilidad ($\alpha = 0,889$). El alfa de Cronbach hallado para la SCS-SF fue de 0,779. En este caso, se observó que al retirar el ítem 10 mejoraba la fiabilidad de la escala ($\alpha = 0,800$).

Tabla 4-1

Descripción de la muestra

Variables	n	Descripción	
		Media (DE) o f	Min-Max
Edad (años)	397	22,37 (4,70)	18-51
Sexo			
Mujeres	330	83,1 %	-
Hombres	67	16,9 %	-
Universidad			
UNIZAR	124	31,2 %	-
UPV	85	21,4 %	-
UVA-CS	38	9,6 %	-
US	54	13,6 %	-
EUE-SJD	96	24,2 %	-
Servicio			
Atención Primaria	159	40,1 %	-
Atención Especializada	238	59,9 %	-
CIBISA	397	3,32 (0,34)	2,04-3,96
MAAS	397	4,64 (0,79)	1,33-6,00
SCS-SF	397	3,25 (0,59)	1,83-4,67

Nota: CIBISA: Escala CIBISA; DE: Desviación Estándar; EUE-SJD: Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla); f: Frecuencia; MAAS: *Mindful Attention Awareness Scale*; Min-Max: mínimo y máximo; n: tamaño de la muestra; SCS-SF: *Self-Compassion Scale-Short Form*; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UPV: Universidad del País Vasco; US: Universidad de Sevilla; UVA-CS: Universidad de Valladolid-Campus de Soria.

4.3.3 Correlaciones y comparaciones de grupos

En el análisis inferencial, se hallaron correlaciones significativas entre la variable aprendizaje en cuidados y las variables atención plena ($p < 0,001$) y autocompasión ($p < 0,001$) (Tabla 2). No obstante, los coeficientes de correlación indicaban correlaciones débiles: $\rho = 0,272$ y $\rho = 0,201$, respectivamente (Tabla 4-2). También se observó que existía asociación entre las variables autocompasión y atención plena, aunque también de forma débil ($\rho = 0,350$; $p < 0,001$) (Tabla 4-2).

Tabla 4-2*Correlaciones entre las variables aprendizaje en cuidados, atención plena y autocompasión*

Variables	1	2	3
1. CIBISA	-		
2. MAAS	$\rho = 0,272 *$	-	
3. SCS-SF	$\rho = 0,201 *$	$\rho = 0,350 *$	-

Nota: CIBISA: Escala CIBISA; MAAS: *Mindful Attention Awareness Scale*; p: p-valor (significación); SCS-SF: *Self-Compassion Scale-Short Form*; ρ : Coeficiente de Correlación de Spearman. * $p < 0,001$.

Por otro lado, al comparar los valores medios obtenidos de la medición de las variables aprendizaje en cuidados, atención plena y autocompasión en los grupos establecidos por las variables sociodemográficas y académicas se observó que la edad se asociaba con las variables aprendizaje en cuidados y autocompasión, pero no con la atención plena (Tablas 4-3, 4-4 y 4-5). No obstante, en ambos casos los valores obtenidos indicaban la existencia de correlaciones débiles (Tabla 4-3 y 4-5). Por otro lado, no se hallaron diferencias significativas para los valores medios de ninguna de las escalas en función del sexo o lugar de prácticas (Tablas 4-3, 4-4 y 4-5). Por último, se hallaron diferencias significativas en función de la universidad para los valores medios de la escala CIBISA, la MAAS y la SCS-SF (Tablas 4-3, 4-4 y 4-5).

Tabla 4-3

Comparación de los valores medios de la escala CIBISA en los grupos establecidos por las variables sociodemográficas y académicas

Variables	n	CIBISA		
		Media (DE)	Estadístico	p
Edad (años)	397	3,32 (0,34)	$\rho = 0,224$	<0,001
Sexo				
Mujeres	330	3,33 (0,35)	U = 9847,5	0,158
Hombres	67	3,28 (0,30)		
Universidad				
UNIZAR	124	3,30 (0,24)	$\chi^2 = 87,741$	<0,001
UPV	85	3,03 (0,40)		
UVA-CS	38	3,37 (0,26)		
US	54	3,43 (0,28)		
EUE-SJD	96	3,51 (0,29)		
Servicio				
Atención Primaria	159	3,30 (0,33)	U = 17376,5	0,168
Atención Especializada	238	3,33 (0,35)		

Nota: CIBISA: Escala CIBISA; DE: Desviación Estándar; EUE-SJD: Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla); f: Frecuencia; n: tamaño de la muestra; p: p-valor; U: U de Mann-Whitney; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UPV: Universidad del País Vasco; US: Universidad de Sevilla; UVA-CS: Universidad de Valladolid-Campus de Soria; ρ : Coeficiente de Correlación de Spearman; χ^2 = Chi-cuadrado (Kruskal-Wallis).

Tabla 4-4

Comparación de los valores medios de la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) en los grupos establecidos por las variables sociodemográficas y académicas

Variables	n	MAAS		
		Media (DE)	Estadístico	p
Edad (años)	397	4,64 (0,79)	$\rho = 0,093$	0,064
Sexo				
Mujeres	330	4,68 (0,77)	U = 9469,0	0,064
Hombres	67	4,49 (0,87)		
Universidad				
UNIZAR	124	4,22 (0,62)	$\chi^2 = 79,889$	<0,001
UPV	85	4,66 (0,62)		
UVA-CS	38	4,88 (0,59)		
US	54	4,92 (0,65)		
EUE-SJD	96	4,92 (1,01)		
Servicio				
Atención Primaria	159	4,59 (0,81)	U = 17568,0	0,227
Atención Especializada	238	4,68 (0,78)		

Nota: DE: Desviación Estándar; EUE-SJD: Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla); f: Frecuencia; MAAS: *Mindful Attention Awareness Scale*; n: tamaño de la muestra; p: p-valor; U: U de Mann-Whitney; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UPV: Universidad del País Vasco; US: Universidad de Sevilla; UVA-CS: Universidad de Valladolid-Campus de Soria; ρ : Coeficiente de Correlación de Spearman; χ^2 = Chi-cuadrado (Kruskal-Wallis).

Tabla 4-5

Comparación de los valores medios de la *Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF)* en los grupos establecidos por las variables sociodemográficas y académicas

Variables	n	SCS-SF		
		Media (DE)	Estadístico	p
Edad (años)	397	3,25 (0,56)	$\rho = 0,185$	<0,001
Sexo				
Mujeres	330	3,22 (0,58)	U = 9388,0	0,051
Hombres	67	3,39 (0,60)		
Universidad				
UNIZAR	124	3,03 (0,56)	$\chi^2 = 53,122$	<0,001
UPV	85	3,19 (0,57)		
UVA-CS	38	3,25 (0,58)		
US	54	3,23 (0,55)		
EUE-SJD	96	3,60 (0,49)		
Servicio				
Atención Primaria	159	3,31 (0,56)	U = 17059,0	0,096
Atención Especializada	238	3,21 (0,60)		

Nota: DE: Desviación Estándar; EUE-SJD: Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla); f: Frecuencia; n: tamaño de la muestra; p: p-valor; SCS-SF: *Self-Compassion Scale-Short Form*; U: U de Mann-Whitney; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UPV: Universidad del País Vasco; US: Universidad de Sevilla; UVA-CS: Universidad de Valladolid-Campus de Soria; ρ : Coeficiente de Correlación de Spearman; χ^2 = Chi-cuadrado (Kruskal-Wallis).

Para la variable aprendizaje en cuidados las universidades quedaron agrupadas en cuatro conjuntos. En el primero se ubicó, en solitario, UPV con la puntuación más baja. En el segundo las puntuaciones medias de UNIZAR y UVA-CS fueron estadísticamente similares y en el tercero UVA-CS y US obtuvieron medias cuyas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En el último grupo, con la puntuación más alta, se encontraba la EUE-SJD, aunque su puntuación no difería, estadísticamente, de la hallada en la US (Tabla 4-6). En cuanto a la atención plena fue UNIZAR la que se ubicó en el primer grupo con la puntuación más baja. En el segundo grupo, también en solitario, se situó UPV y en el tercero, con valores medios considerados estadísticamente similares, se agruparon UVA-CS, EUE-SJD y US, con puntuaciones progresivamente más altas (Tabla 4-6). Por último, la variable autocompasión también agrupó a las universidades en tres bloques. En el primero se hallaban UNIZAR

y UVA-CS. En el siguiente UPV, US y UVA-CS. En el último, con una puntuación media estadísticamente superior a la del resto de centros se ubicó EUE-SJD (Tabla 4-6). En las Figuras 4-1, 4-2 y 4-3 puede verse, de forma gráfica, esta distribución de las universidades en los diferentes grupos.

Tabla 4-6

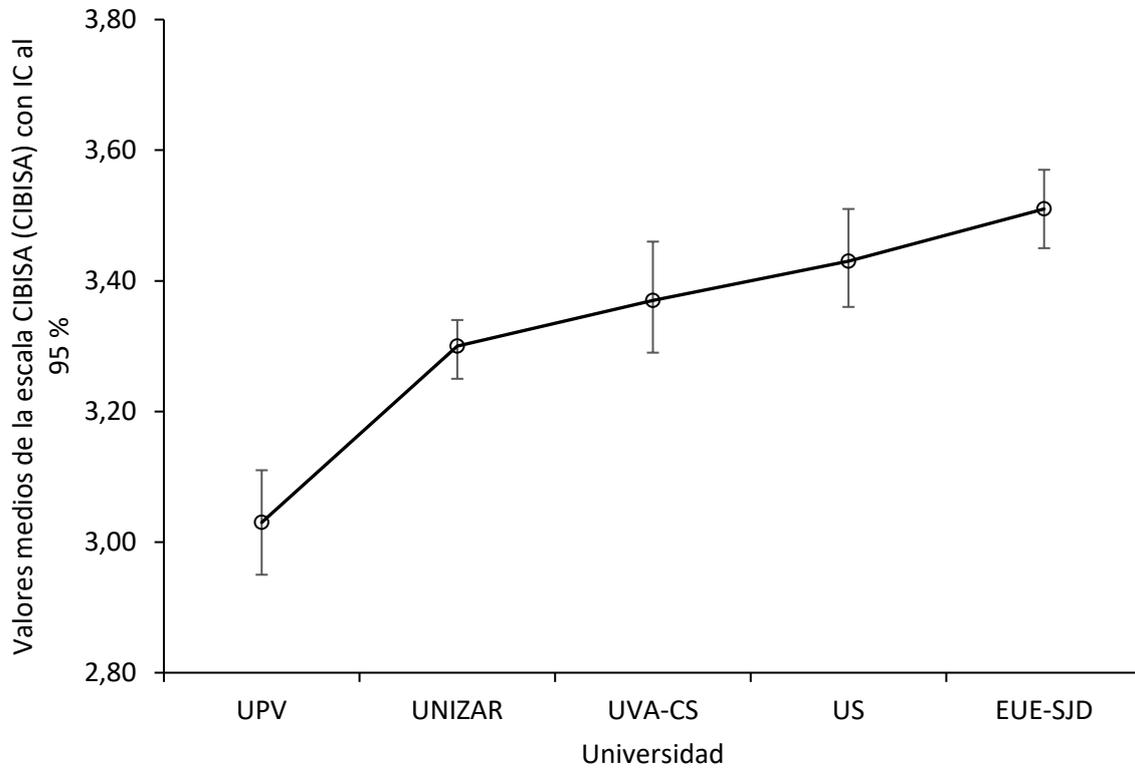
Análisis post-hoc de la variable universidad con la escala CIBISA, la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) y la Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF)

Universidades	CIBISA		MAAS		SCS-SF		
	Estadístico	p	Estadístico	p	Estadístico	p	
UNIZAR	UPV	U = 3100,0	<0,001	U = 3291,5	<0,001	U = 4347,0	0,032
	UVA-CS	U = 2036,0	0,205	U = 1022,0	<0,001	U = 1874,0	0,056
	US	U = 2315,5	0,001	U = 1403,5	<0,001	U = 2677,5	0,034
	EUE-SJD	U = 3158,0	<0,001	U = 2505,0	<0,001	U = 2676,0	<0,001
UPV	UNIZAR	U = 3100,0	<0,001	U = 3291,5	<0,001	U = 4347,0	0,032
	UVA-CS	U = 813,0	<0,001	U = 1251,5	0,046	U = 1567,0	0,792
	US	U = 952,0	<0,001	U = 1718,0	0,013	U = 2240,0	0,813
	EUE-SJD	U = 1329,5	<0,001	U = 2790,0	<0,001	U = 2407,0	<0,001
UVA-CS	UNIZAR	U = 2036,0	0,205	U = 1022,0	<0,001	U = 1874,0	0,056
	UPV	U = 813,0	<0,001	U = 1251,5	0,046	U = 1567,0	0,792
	US	U = 855,0	0,175	U = 994,0	0,799	U = 1023,0	0,984
	EUE-SJD	U = 1248,5	0,004	U = 1532,5	0,150	U = 1176,5	0,001
US	UNIZAR	U = 2315,5	0,001	U = 1403,5	<0,001	U = 2677,5	0,034
	UPV	U = 952,0	<0,001	U = 1718,0	0,013	U = 2240,0	0,813
	UVA-CS	U = 855,0	0,175	U = 994,0	0,799	U = 1023,0	0,984
	EUE-SJD	U = 2139,0	0,076	U = 2301,5	0,255	U = 1568,5	<0,001
EUE-SJD	UNIZAR	U = 3158,0	<0,001	U = 2505,0	<0,001	U = 2676,0	<0,001
	UPV	U = 1329,5	<0,001	U = 2790,0	<0,001	U = 2407,0	<0,001
	UVA-CS	U = 1248,5	0,004	U = 1532,5	0,150	U = 1176,5	0,001
	US	U = 2139,0	0,076	U = 2301,5	0,255	U = 1568,5	<0,001

Nota: CIBISA: Escala CIBISA; EUE-SJD: Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla); MAAS: *Mindful Attention Awareness Scale*; p: p-valor; SCS-SF: *Self-Compassion Scale-Short Form*; U: U de Mann-Whitney; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UPV: Universidad del País Vasco; US: Universidad de Sevilla; UVA-CS: Universidad de Valladolid-Campus de Soria.

Figura 4-1

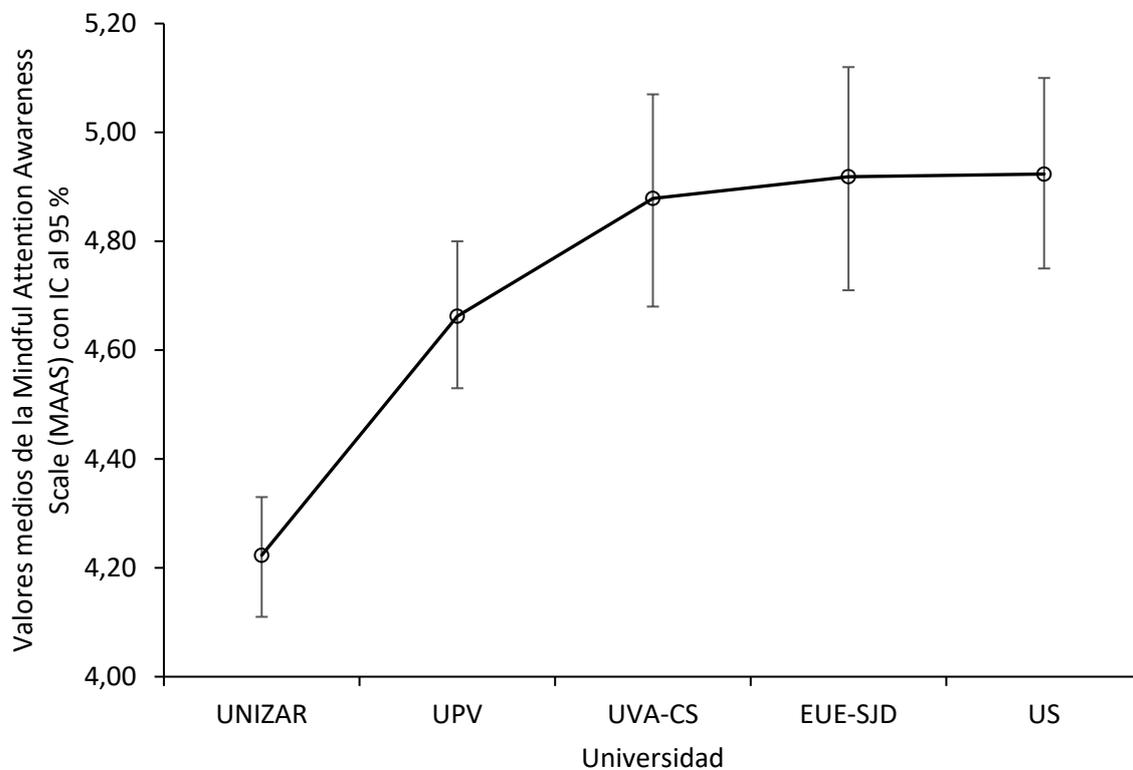
Valores medios de la escala CIBISA (CIBISA) según la universidad



Nota: EUE-SJD: Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla); IC: Intervalo de confianza; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UPV: Universidad del País Vasco; US: Universidad de Sevilla; UVA-CS: Universidad de Valladolid-Campus de Soria.

Figura 4-2

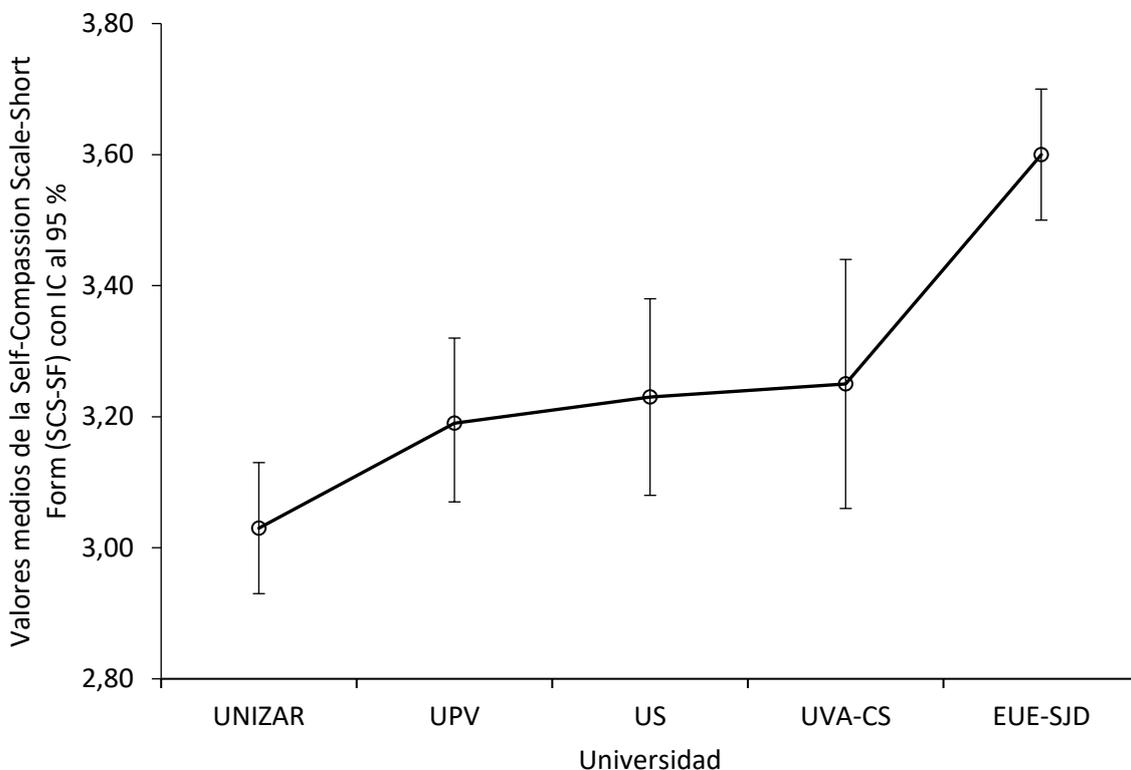
Valores medios de la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) según la universidad



Nota: EUE-SJD: Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla); IC: Intervalo de confianza; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UPV: Universidad del País Vasco; US: Universidad de Sevilla; UVA-CS: Universidad de Valladolid-Campus de Soria.

Figura 4-3

Valores medios de la Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF) según la universidad



Nota: EUE-SJD: Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla); IC: Intervalo de confianza; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UPV: Universidad del País Vasco; US: Universidad de Sevilla; UVA-CS: Universidad de Valladolid-Campus de Soria.

4.4 DISCUSIÓN

4.4.1 Elección y fiabilidad de las escalas utilizadas

Las escalas utilizadas en el estudio han demostrado poseer una adecuada consistencia interna (Argimon Pallás y Jiménez Villa, 2004; Celina Oviedo y Campo Arias, 2005; Cronbach, 1951; Sánchez-Villegas et al., 2008; Streiner, 2003) lo que es congruente con los datos reportados por los estudios de validación originales.

Concretamente, la escala CIBISA obtuvo valores similares a los hallados en el estudio de validación (Urcola Pardo et al., 2017), 0,85 frente a 0,88, respectivamente. Estos valores resultan comparables, dado que la población analizada en ambos estudios está compuesta por alumnado de enfermería. Además, como se veía en el apartado de resultados, las variaciones para los valores de consistencia interna al retirar alguno de los ítems eran pequeñas lo que no justifica que se deban eliminar ítems de la escala.

La consistencia interna hallada para la MAAS en este estudio también es similar a la observada por otros autores en sus trabajos. El valor es casi idéntico al obtenido por Soler et al. (2012) en la validación al castellano, 0,88 frente a 0,89. En esta ocasión, las poblaciones de las que se obtienen los datos difieren, ya que en el estudio de Soler et al. (2012), además de estudiantes de enfermería, participaron estudiantes de psicología y población clínica. En la misma línea, los valores hallados para la consistencia interna de este trabajo se encuentran en el rango de 0,81-0,90 establecido por el estudio original de K.W. Brown y Ryan (2003), con población clínica y no clínica, y la validación al castellano, en población con fibromialgia de García Campayo et al. (2014). Por otro lado, la elección de este instrumento vino determinada por su facilidad de administración y su frecuente uso en investigación (Soler, 2014), lo que ha permitido una discusión amplia con otros trabajos. Otro de los factores que determinó su uso fue la capacidad de poder ser utilizada con independencia de que los sujetos hayan recibido entrenamiento en *mindfulness* (Soler, 2014). A pesar de ello, la escala tiene algunas limitaciones como la incongruencia de los resultados obtenidos por Mackillop y Anderson (2007) que no hallaron diferencias en los niveles de *mindfulness* en muestras de meditadores y no meditadores y, también, el hecho de que la MAAS mide la inatención, es decir se asume que el grado de atención que detecta la MAAS se obtiene al observar lo contrario, la inatención (Sauer et al., 2013; Soler, 2014).

El instrumento en el que se observaron diferencias más amplias en la consistencia interna, respecto de los valores hallados en otros trabajos, fue la escala SCS-SF. En este estudio el alfa de Cronbach alcanzó el valor de 0,79 frente al 0,86 hallado en una población de estudiantes universitarios

en el estudio original de Raes et al. (2011) o al 0,85 encontrado en profesionales sanitarios en la validación al castellano (García Campayo et al., 2014). También fue inferior al reportado por la autora de la escala original que obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,92 (Neff et al., 2003) para la versión larga del instrumento. Otros autores también obtuvieron valores de consistencia interna entre 0,87 y 0,94, superiores al hallado en este trabajo; sin embargo, en estos estudios se utilizó la versión larga de la herramienta (Duarte et al., 2016; Kotsou y Leys, 2016; Mantzios et al., 2015). En cualquier caso el valor obtenido en este trabajo es adecuado, puesto que se aproxima al rango óptimo de 0,8-0,9 (Argimon Pallás y Jiménez Villa, 2004; Celina Oviedo y Campo Arias, 2005; Cronbach, 1951; Sánchez-Villegas et al., 2008; Streiner, 2003). La elección de la versión corta de la SCS en lugar de su versión larga estaba determinada, precisamente, por su mayor brevedad al ser cumplimentada (García Campayo et al., 2014; Raes et al., 2011). Este estudio ya contemplaba el uso de otras dos escalas más largas, además del cuestionario de variables sociodemográficas y académicas, lo que hizo que la versión corta de la SCS fuese la elección. Además, como recomiendan, tanto los autores de la validación original como los de la validación al castellano, la SCS-SF ha sido utilizada para obtener información sobre la autocompasión global, es decir la puntuación total de la escala, y no de sus dimensiones, puesto que en ese caso se hubiese seleccionado la escala de 26 ítems (García Campayo et al., 2014; Raes et al., 2011).

Por último, es imprescindible señalar que la escala CIBISA ha presentado una adecuada validez de constructo (convergente). Que haya existido correlación entre esta y las que han medido atención plena y autocompasión apunta hacia una adecuada validez convergente de la escala, aspecto que quedaba pendiente de investigar en el estudio de validación original. En cuanto a la validez de constructo de la MAAS y la SCS-SF, ambas correlacionaron positiva y significativamente entre ellas como ocurría en el estudio de validación al castellano de García Campayo et al. (2014). De nuevo, este resultado hace pensar en una adecuada validez convergente de cada una de las escalas, puesto que ambos constructos, que se esperaba que estuviesen relacionados, efectivamente, lo estaban. De hecho, la elección de ambas escalas viene determinada por su complementariedad conceptual. La

MAAS, orientada a la medición del componente atencional de *mindfulness*, y la SCS-SF, enfocada en el aspecto compasivo, permiten dar sentido a la idea de que atención y compasión son dos conceptos inseparables en la cultura budista (Simón Pérez, 2014).

Tanto los valores de consistencia interna de la escala CIBISA como su convergencia interna permiten corroborar la primera de las hipótesis planteadas en este estudio.

4.4.2 La escala CIBISA y las variables sociodemográficas y académicas

Los valores medios de la escala hallados en este estudio, 3,32 (DE = 0,34), son similares a los obtenidos por los autores de la escala original (Urcola Pardo et al., 2017), situados entre 3,13 (DE = 0,33) y 3,28 (DE = 0,22). Pueden considerarse valores altos.

El hecho de que no se hallaran diferencias en función del sexo y el lugar de prácticas es concordante con lo observado por los creadores de la escala en el estudio de validación en el que indicaban que la escala:

“[...] es una herramienta fiable para la evaluación del alumnado ya que sus resultados no se modifican en función de variables como edad, sexo, universidad o servicios en los que realizan las prácticas, haciéndola adecuada para la evaluación de cualquier alumno o alumna” (Urcola Pardo et al., 2017).

No obstante, es este mismo argumento el que hace que la asociación existente entre los valores medios de la escala CIBISA y la edad sea llamativa, dado que los autores de la escala no hallaron asociación con esta variable en su estudio (Urcola Pardo et al., 2017). Es interesante, ya que las poblaciones en las que se realiza el estudio son similares, estudiantes de enfermería, y sus características no son diferentes en edad y distribución por sexos. Bien es cierto que en el estudio de validación, cuando se analizó la escala en base a sus dimensiones teóricas sí se hallaron diferencias en función de la edad para la dimensión autonomía (Urcola Pardo et al., 2017).

Otro de los hallazgos obtenidos en este estudio es la existencia de diferencias significativas entre las universidades para las variables de atención plena, autocompasión y aprendizaje en cuidados. En general, como se describía con detalle en los resultados, las dos universidades ubicadas

en Sevilla puntuaron más alto en todas las escalas mientras que UNIZAR y UPV tenían puntuaciones más bajas en aprendizaje de cuidados, atención plena y autocompasión. En principio, estas diferencias podrían explicarse si las universidades que puntúan más alto tuvieran formación específica en meditación o líneas muy concretas de desarrollo de cuidados invisibles. Sin embargo, todos los planes de estudios de las universidades estudiadas eran similares en cuanto a asignaturas (Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios [CUESJD], 2018; FCCS-UNIZAR, 2018; FCCSS-UVA, 2018; FEFP-US, 2018; UPV, 2018). Otra posible explicación tiene fundamentos estadísticos y vendría determinada por la existencia de diferencias en el número de alumnos que contestan en cada universidad. No obstante, hay universidades con poca muestra que puntúan alto en las tres variables y viceversa; hecho que tampoco permite dar por concluida la discusión sobre este hallazgo. Otra posible explicación es el curso en el que se recogieron los datos, aunque al no recoger la variable como tal no se pudo hacer un análisis de este hecho lo que supone una importante limitación del estudio. Por último, igual que ocurría con la edad en el estudio de validación, cuando se analizó la escala en base a sus dimensiones teóricas sí se hallaron diferencias en función de la universidad para dos de las dimensiones (seguridad y autonomía) (Urcola Pardo et al., 2017). En cualquier caso, es llamativo que las dos universidades que participaron en el estudio de validación sean precisamente las que puntúan en general más bajo. Quizás precisamente el hecho de que el alumnado tenga mayor conciencia sobre conceptos como cuidados invisibles, atención plena y autocompasión les haga identificar o autoevaluarse de forma más precisa, pero más crítica y, por lo tanto, más baja.

4.4.3 Aprendizaje en cuidados, atención plena y autocompasión

Los resultados hallados en este estudio demuestran que existe asociación directa entre el aprendizaje en cuidados, la atención plena y la autocompasión, hecho que corrobora la segunda de las hipótesis planteadas en este estudio. Se podría decir que el alumnado que presenta mayores niveles de atención plena y autocompasión alcanza puntuaciones más altas en aprendizaje en cuidados. Es decir, una actitud consciente y autocompasiva mejora los resultados de aprendizaje en

cuidados. De hecho, ser consciente o estar atento hace que un individuo sea capaz de identificar su sufrimiento, lo que lo lleva a tomar las acciones necesarias para aliviarlo, es decir, ser autocompasivo (Neff, 2003). Debe puntualizarse que este trabajo mide autocompasión y no compasión del alumnado de enfermería. Esto podría hacer pensar que una persona autocompasiva no tiene por qué ser compasiva con el otro y, por lo tanto, no tener esa predisposición de ayudarlo y cuidarlo para aliviar su sufrimiento. Sin embargo, tanto la autocompasión como la compasión están relacionadas entre sí (Neff y Pommier, 2013). Cuando un individuo es autocompasivo, puede ser compasivo con los demás (Neff, 2003). Es decir, cuando eres amable contigo mismo, puedes ser amable con los demás durante el sufrimiento.

Bien es cierto, que la fuerza de la asociación entre las variables atención plena y autocompasión con la variable aprendizaje en cuidados es débil (entre 0,20 y 0,28, respectivamente). Esto implica que existen otras variables que influyen en el aprendizaje en cuidados, hallazgo que, por otra parte, es evidente y lógico en un proceso tan multifactorial como el del aprendizaje.

Los resultados hallados en este estudio concuerdan con las presunciones conceptuales sobre el cuidado que tienen varias de las teóricas enfermeras que apuntan hacia la atención plena y la compasión como dimensiones del cuidado (Henderson, 1994; King, 1984; Neuman y Fawcett, 2002; Nightingale, 2004; Orlando, 1961; Peplau, 1990; Roy y Andrew, 1999; Waldow, 2006). Aunque de entre ellas es destacable la figura de J. Watson (1988) que, en su modelo de cuidados, plantea que “la única forma de desarrollar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás es reconocer y sentir los propios sentimientos”, definiendo la introspección como “contemplarse a uno mismo y a los demás con reverencia y dignidad, como seres espirituales capaces de contribuir a su propia salud y curación así como a la evolución espiritual de uno mismo y de la civilización”. Propone, en la línea de lo que defiende Neff (2003), que “las enfermeras que son sensibles a los demás son más capaces de aprender la visión del mundo que tienen los otros, lo que, en consecuencia, aumenta su preocupación por la comodidad, recuperación y bienestar ajenos” (J. Watson, 1988). En la misma línea, Boff (2012), al conceptualizar el cuidado, también describe una serie de actitudes de cuidado entre las que incluye la

compasión. Además, Ardenghi et al. (2022) proponen que los estudiantes de enfermería con mayores niveles de atención plena eran más empáticos y compasivos.

Los resultados también son congruentes con lo propuesto por Urcola Pardo (2017) en su tesis doctoral donde plantea que la atención plena como rasgo, tanto en su dimensión atencional como compasiva, podría considerarse asociada a las profesiones sanitarias, puesto que el ejercicio de estas conlleva una elevada capacidad de colocarse en el lugar de la persona sufriendo, al tiempo que se actúa buscando su máximo bienestar.

Igualmente son resultados coherentes con el modelo teórico de cuidado en el que se sustenta la escala CIBISA (Germán Bes, Hueso Navarro, y Huércanos Esparza, 2011; Germán Bes, Hueso Navarro, Huércanos Esparza, et al., 2011; Germán Bes y Hueso Navarro, 2010; Huércanos Esparza, 2010, 2011; Hueso Navarro, 2015; Urcola Pardo et al., 2017).

Por otro lado, la literatura científica sobre los beneficios de los programas basados en atención plena para los profesionales sanitarios es amplia. A modo de resumen García Campayo y Santed (2014) indican que aquellos profesionales que practican *mindfulness* modifican variables psicológicas propias asociadas a mejoras en habilidades de comunicación como la empatía, la modulación emocional, la escucha o la compasión; pero además, las personas atendidas por estos están más satisfechas y mejoran más, independientemente del tratamiento que reciben. De hecho se acepta que *mindfulness* es moderadamente eficaz para el desarrollo de habilidades de comunicación, prevención del burnout y disminución del malestar psicológico en profesionales sociosanitarios (García Campayo y Santed, 2014; Grossman et al., 2004). Es decir, la atención plena permite desarrollar habilidades y actitudes propias del cuidado.

Concretamente, Shapiro et al. (2005) observaron que una intervención con un programa *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) de 8 semanas puede ser eficaz para reducir el estrés y aumentar la calidad de vida y la autocompasión en profesionales sanitarios. Otros autores hallaron que un grupo de enfermeras que participaron en un programa de yoga de 8 semanas obtuvieron, tras

la intervención, mejoras significativas en su autocuidado y atención y disminuyeron el agotamiento emocional y la despersonalización (Alexander et al., 2015). En otro estudio realizado en nuestro medio, sus autores observaron cómo a través de una intervención basada en la atención plena en personal de enfermería disminuía el *burnout* (Franco Justo y Justo Martínez, 2010).

Además, la atención plena no sólo mejora la calidad de vida del profesional sanitario, sino que consigue mejorar el pronóstico de los enfermos en aspectos evaluados por el profesional o por el propio paciente (Grepmaier, Mitterlehner, Loew, y Nickel, 2007; Grepmaier, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al., 2007). Otro estudio resaltó que además de la mejoría en los dominios de funcionamiento interpersonal y de afrontamiento del estrés, los participantes sintieron que la intervención basada en la atención plena había mejorado su práctica clínica (Christopher et al., 2006). Para Sibinga y Wu (2010), los errores de diagnóstico a menudo provienen de los sesgos cognitivos, también conocidos como ‘Disposiciones Cognitivas para Responder’ (CDR), y consideran que la mejora en atención plena de los profesionales clínicos podría mejorar la seguridad del paciente mediante el aumento de la metacognición y la reducción de los efectos de las CDR que causan los errores de diagnóstico médico y de otro tipo. Por su parte, Urcola Pardo (2017) concluye en su tesis doctoral que “aquellos profesionales con mayores valores de atención plena han mostrado una mayor concordancia entre sus resultados de calidad asistencial percibida, y los resultados de esta misma dimensión por parte de los usuarios” y que “los valores de percepción de la calidad de los profesionales se encuentran relacionados directamente con los valores de atención plena de los profesionales”.

Recientemente, el metaanálisis publicado por Spinelli et al. (2019) corrobora los resultados de estos estudios individuales y sugieren que las intervenciones basadas en la atención plena son moderadamente efectivas para reducir la ansiedad, la depresión, la angustia psicológica, el estrés y el agotamiento; y mejorar el bienestar de los profesionales sanitarios y de los estudiantes de estas disciplinas.

Por lo tanto, puede asumirse que los efectos observados en poblaciones de profesionales sanitarios son similares a los que se observan en población universitaria general (Viciano et al., 2018). Por extensión, también lo son en el alumnado de enfermería que, desde el inicio de su formación, se encuentran en contacto con situaciones similares a las que viven los profesionales y que están enmarcadas en el mismo contexto.

Ya en 1998, Shapiro et al. (1998) anunciaban que la intervención con un programa MBSR en estudiantes de medicina disminuía sus niveles de estrés, ansiedad y depresión y aumentaba los de empatía y espiritualidad. Estos autores añadían que estos resultados sugerían que la intervención podía ayudar a los estudiantes a cultivar las habilidades de escucha y a desarrollar perspectivas más compasivas para abordar sus propias vidas y la de sus futuros pacientes (Shapiro et al., 1998). A conclusiones similares llegó Oró Palau (2016) que, por un lado, observó niveles elevados de sintomatología y estrés en estudiantes de medicina y, por otro, que la participación en una intervención basada en el MBSR conseguía disminuir los niveles de estrés y sintomatología e incrementaba los de atención y autocompasión.

De la Fuente Arias et al. (2010) demostraron la eficacia de una intervención basada en *mindfulness* para la disminución del estrés laboral, la mejora de la regulación emocional y la ejecución de diversas tareas del contexto académico de estudiantes de psicología.

Son varios los estudios que demuestran la disminución en los niveles de estrés y ansiedad en estudiantes de enfermería que han participado en intervenciones basadas en *mindfulness* de entre cuatro y ocho semanas (Y. Chen et al., 2013; Greene y Hiebert, 1988; Kang et al., 2009; Park, 2014). Además, se ha observado que estos programas ayudan a disminuir los valores de presión arterial sistólica (Y. Chen et al., 2013) y, evidentemente, mejoran los niveles de atención plena (Burger, 2015; Greene y Hiebert, 1988). Por su parte, Leggett (2010) sugiere que la atención plena puede ser beneficiosa como método para disminuir el riesgo de depresión y contribuir a aumentar la autoeficacia y el desempeño de habilidades en una población de estudiantes de enfermería. También ha sido

interesante observar el hecho de que 'estar atento' disminuía la tendencia a cargar con las emociones negativas de otros y mejoraba el afrontamiento al estrés y la empatía en estudiantes de enfermería (Beddoe y Murphy, 2004). Ardenghi et al. (2022) también apuntan que las intervenciones personalizadas de atención plena podrían ser útiles para fomentar la empatía dentro de los estudios de Grado de Enfermería.

En trabajos en los que se ha comparado *mindfulness* con otras intervenciones, como el entrenamiento cognitivo (Greene y Hiebert, 1988) o el *biofeedback* (Park, 2014) se han hallado resultados similares para ambas intervenciones en la disminución de los niveles de ansiedad y estrés y en la mejora del bienestar psicológico, la autorrealización, la sensibilidad hacia sus propias necesidades y sentimientos, y para el aumento de la espontaneidad, la aceptación de sí mismos y el contacto íntimo.

Recientemente, el meta-análisis publicado por X. Chen et al. (2021) corrobora los resultados de estos estudios y demuestra que las intervenciones de atención plena pueden disminuir significativamente la depresión, la ansiedad y el estrés y mejorar los niveles de atención plena del alumnado de enfermería añadiendo que ese efecto parecía mantenerse independientemente de la duración de los programas, el tipo de intervención y el número de participantes.

Como contrapunto a todos estos resultados, Spragg (2011) concluye que los resultados obtenidos en una población de profesionales de salud mental en formación indicaron que el programa MBSR no condujo a un aumento significativo en los niveles de atención plena, autoconciencia o empatía, ni a una disminución del agotamiento.

Por otro lado, es llamativo, como señalan Viciano et al. (2018), que la mayoría de investigaciones analizan la atención plena como herramienta fundamental para la mejora del bienestar y la salud mental, quedando en un segundo plano los trabajos centrados en evaluar la mejora del rendimiento académico.

En cualquier caso, en los últimos años, los enfoques basados en la atención plena también se han aplicado al entorno educativo (Hyland, 2009). En este contexto, las mejoras en el cansancio emocional y en la capacidad de observar la experiencia sin juzgar que producen estos programas, ayudan a mejorar la retención de conocimientos, la comprensión lectora, el desempeño en exámenes y la percepción del entorno educativo y el clima escolar. Es decir, mejoran los resultados y el rendimiento académico (Bakosh et al., 2016; De la Fuente Arias et al., 2010; Ramsburg y Youmans, 2014; Sheikhzadeh y Khatami, 2017b, 2017a; Xu et al., 2016).

En resumen, las investigaciones referenciadas a lo largo de la discusión, que describen pormenorizadamente los efectos de las intervenciones basadas en *mindfulness* sobre el bienestar psicológico y el desarrollo de competencias próximas al cuidado, hacen pensar que el rasgo atención plena y la autocompasión son dos cualidades del alumnado de enfermería que intervienen en el aprendizaje en cuidados.

4.4.4 Limitaciones y propuestas

En primer lugar, es importante señalar que las posibilidades de generalización de los resultados son limitadas. La participación de varias universidades españolas podría garantizar que la muestra fue representativa de la población de estudiantes de enfermería del país. Sin embargo, es necesario advertir que la elección de estas universidades responde a un muestreo de conveniencia y no a un muestreo aleatorio por conglomerados.

Por otro lado, como en cualquier estudio que utilice medidas de autoinforme, los resultados pueden estar influenciados por la aquiescencia de los participantes y la necesidad de deseabilidad social.

También es cierto que, aunque exista asociación entre las variables, el mismo diseño del estudio impide conocer, con exactitud, cómo se relacionan estas entre sí, es decir cuál depende de cuál.

En último término, a la vista de los resultados obtenidos, sería recomendable potenciar, la atención y la autocompasión durante la formación universitaria de enfermería, ya que el fomento de ambas cualidades mejoraría el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles y, como apuntan Viciano et al. (2018), aumentaría el rendimiento académico y prevendría situaciones de malestar emocional y estrés en el alumnado. Se suma esta recomendación a las de Nixon et al. (2016), Moses et al. (2016), Lindsay et al. (2015) y Greeson et al. (2014) que, aunque la realizan en contextos académicos diferentes al de enfermería, coinciden en los beneficios de desarrollar habilidades de *mindfulness*.

En este punto parece importante señalar las experiencias desarrolladas en Brasil (Demarzo et al., 2014), Reino Unido (Nixon et al., 2016), Australia (Lindsay et al., 2015) y España (García Campayo y Santed, 2014) donde se ofrece formación en *mindfulness* dentro del currículum educativo, de forma optativa o en titulaciones posgrado.

Se puede aventurar que el desarrollo de estas competencias entre el alumnado de enfermería prevendría, de forma temprana, el estrés laboral y la fatiga compasiva, es decir, el agotamiento emocional que sufren los profesionales al ayudar, todos los días, a personas que padecen un intenso sufrimiento (Rossi et al., 2012). Precisamente, García Campayo y Santed (2014) señalan los primeros años de actividad como aquellos en los que el profesional sería especialmente vulnerable a padecer fatiga compasiva, dado que:

"[...] es cuando se produce la transición desde las expectativas idealistas sobre la profesión hasta la práctica cotidiana, momento en el que se aprende, en muchas ocasiones, que las recompensas personales y profesionales que otorgan las profesiones de ayuda no son las esperadas".

Es importante tener en cuenta que a la hora de desarrollar intervenciones basadas en *mindfulness* uno de los aspectos fundamentales es la práctica, es decir, los cambios son totalmente dependientes del número de horas de práctica (Cebolla, 2014). En la misma línea, en su tesis doctoral, Oró Palau (2016) plantea que los cambios que puede apreciar en las variables medidas dependen de

la práctica, aunque indica que es posible obtener resultados en algunas variables, al menos a corto plazo, con niveles bajos de práctica.

Por último, sería interesante investigar cómo correlacionan otros instrumentos de evaluación con variables como atención plena y autocompasión. Es posible que existan correlaciones más débiles con otras escalas que con la escala CIBISA, ya que esta está orientada, precisamente, a la evaluación del aprendizaje en cuidado más que al aprendizaje de aspectos meramente técnicos.

5 ESTUDIO 2. LA ESCALA CIBISA Y LOS EVENTOS NOTABLES COMO INSTRUMENTOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL APRENDIZAJE EN CUIDADOS

5.1 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1.1 Hipótesis

- La escala CIBISA es una herramienta válida, fiable y útil para que el alumnado de Grado de Enfermería autoevalúe el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles durante sus prácticas clínicas.
- El alumnado de Grado de Enfermería es capaz de identificar, a través de los Eventos Notables, dimensiones de cuidados invisibles que se relacionan con ítems de la escala CIBISA durante sus prácticas clínicas.

5.1.2 Objetivos

- Medir el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles a través de la autoevaluación del alumnado de sus prácticas clínicas con la escala CIBISA.
- Examinar la relación entre los ítems de la escala CIBISA y el discurso del alumnado recogido a través de la narración de Eventos Notables durante sus prácticas clínicas.

5.2 METODOLOGÍA

5.2.1 Diseño

Se desarrolló un estudio mixto (cuantitativo-cualitativo) con diseño anidado o incrustado concurrente con el modelo cuantitativo como dominante. En él participaron estudiantes de Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza (UNIZAR) durante los cursos 2015-2016 y 2016-2017 y de la Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla) (EUE-SJD) del curso 2015-2016.

5.2.2 Población y muestra

Para este segundo estudio se contó con estudiantes de tercer curso de Grado de Enfermería de UNIZAR, que constituyeron la población diana. Además, del alumnado de UNIZAR, se contó con la participación de un grupo de siete estudiantes (Buss Thofehrn et al., 2013; García Bañón et al., 2002) de tercer curso de la EUE-SJD. Estos aportaron su opinión sobre la utilidad de la escala CIBISA y los Eventos Notables a través de la participación voluntaria en un grupo de discusión. Previamente este grupo de estudiantes había utilizado la escala y narrado Eventos Notables. La población a estudio de ambas universidades quedó delimitada por los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión
 - Ser estudiante de tercer curso de Grado de Enfermería de UNIZAR y la EUE-SJD durante los cursos 2015-2016 y 2016-2017.
- Criterios de exclusión
 - Estudiantes que no hubiesen cumplimentado al menos dos veces la Escala CIBISA.
 - Estudiantes que no hubiesen escrito al menos un Evento Notable.
 - Estudiantes que entregasen cuestionarios incompletos, indebidamente cumplimentados o fuera del plazo señalado.

Como la población a estudio fue accesible no se realizó muestreo alguno y se trabajó con una muestra poblacional con el objetivo de reducir al mínimo los efectos de posibles pérdidas.

5.2.3 Variables

Se midieron las siguientes variables para realizar este estudio:

- Variable dependiente
 - Aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles: variable medida a través de la escala CIBISA (Urcola Pardo et al., 2017) (cuantitativa continua). Los valores cuantitativos que ofrece la escala CIBISA en relación con el aprendizaje se

complementaron con la recogida de experiencias subjetivas de cuidados vividas por el alumnado durante las prácticas clínicas. Para ello se utilizaron los Eventos Notables (Blázquez Ornat et al., 2017).

- Variables independientes
 - Sexo: hombre, mujer (cualitativa dicotómica).
 - Edad: años (cuantitativa continua).
 - Cohorte: 2015-2016, 2016-2017 (cualitativa dicotómica).
 - Lugar de prácticas: Quirófano, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Urgencias y Hemodiálisis (cualitativa nominal).
 - Número de respuestas: número de veces que se ha cumplimentado la escala CIBISA (cuantitativa discreta).

5.2.4 Instrumentos de recogida de datos

- Escala CIBISA (Urcola Pardo et al., 2017) (Anexo III): ver descripción de la escala en el apartado 'Instrumentos de recogida de datos' del Estudio 1.
- Eventos Notables (Blázquez Ornat et al., 2017) (Anexo VII): se pueden definir como relatos cortos en los que el alumnado narra situaciones de cuidados que han tenido un impacto especial en su aprendizaje y que se han producido durante sus prácticas clínicas. Los Eventos Notables tienen su origen en la 'Técnica del Incidente Crítico', desarrollada por Flanagan (1954) durante la Segunda Guerra Mundial para comprender qué comportamientos de los pilotos de guerra influían en el éxito o fracaso de una misión (Noreña Peña y Cibanal Juan, 2008). Se puede definir este concepto como "cualquier actividad humana observable, que sea suficientemente completa en sí misma, de modo que permita hacer inferencias y previsiones sobre la persona que ejecuta una acción" (Flanagan, 1954). La educación en enfermería es una de las áreas donde esta herramienta, eminentemente cualitativa, ha sido aplicada, puesto que favorece el desarrollo de la práctica reflexiva, facilita la integración de teoría y práctica, ayuda

a determinar factores que pueden influir en la calidad de la enseñanza y permite comprender qué situaciones inciden en la construcción del conocimiento práctico del alumnado y así conocer el significado que tiene para ellos la experiencia de su aprendizaje (Noreña Peña y Cibanal Juan, 2008). También Benner (1984) utilizó este sistema de recogida de datos para analizar el nivel de experiencia clínica de profesionales en enfermería durante el proyecto AMICAE. Definió este instrumento como narraciones de “episodios o contingencias clínicas que alteran la forma de interpretar y percibir situaciones clínicas posteriores, es decir, casos que destacan en el recuerdo clínico y que son puntos de referencia en el ejercicio cotidiano de la profesión”. Por otro lado, consideró en cambiar el término ‘incidente crítico’ por el de ‘caso paradigmático’ porque el término ‘crítico’ suscitaba la idea de que el relato debía referirse a situaciones de pacientes graves. En nuestro contexto, los Eventos Notables fueron desarrollados por Blázquez Ornat et al. (2017) en un estudio en el que se pretendía conocer qué experiencias de aprendizaje habían sido significativas para el alumnado de tercer curso de Grado de Enfermería y si dichas experiencias recogían todas las dimensiones del cuidado enfermero con el propósito de evaluar la validez de dichas prácticas e identificar áreas de mejora. Los autores de este estudio concluyeron que, a pesar de la importancia otorgada a la adquisición de competencias técnicas, el alumnado reflejaba en sus relatos experiencias relacionadas con dimensiones como bienestar, seguridad, autonomía, dudas, temores e imagen profesional, áreas fundamentales del cuidado y, por ende, de la actividad enfermera.

- Cuestionario de variables sociodemográficas y académicas (Anexo VIII): cuestionario *ad hoc* confeccionado para este estudio en el que se recogieron las variables de sexo, edad y lugar de prácticas.

5.2.5 Procedimiento de recogida de datos

Los datos fueron recogidos a lo largo de los cursos 2015-2016 y 2016-2017. Al inicio de cada curso se realizaron reuniones con los alumnos de tercer curso de Grado de Enfermería para

presentarles el estudio, los objetivos que se perseguían y la forma de participación. El alumnado que voluntariamente decidió participar debía, a lo largo del rotatorio de prácticas, cumplimentar la escala al menos en dos ocasiones (T1 y T2) y cumplimentar al menos un evento notable. En caso de que los estudiantes realizaran la escala en más de dos ocasiones se tomó como T2 el último de los cuestionarios realizados. Una vez finalizado el rotatorio de prácticas los alumnos entregaron los cuestionarios al coordinador del proyecto encargado de recopilar la información y analizarla.

En cuanto al grupo de discusión se realizó una única reunión con siete estudiantes de tercer curso de la EUE-SJD que voluntariamente accedieron a participar. Las vías de captación y convocatoria fueron las mismas que con el alumnado de UNIZAR, es decir la reunión informativa directa. Este alumnado pertenecía a la misma clase, es decir, se conocían. En todos los casos habían utilizado la escala CIBISA y los Eventos Notables previamente. La reunión se realizó en una sala de la EUE-SJD colocándose los integrantes del grupo en un círculo. La sesión tuvo una duración de 50 minutos para paliar el cansancio de los participantes y evitar que las condiciones incómodas no interfirieran en los objetivos de la discusión (Buss Thofehr et al., 2013; García Bañón et al., 2002). La sesión fue grabada y transcrita con el consentimiento de los participantes. Se emplearon nombres ficticios para salvaguardar el anonimato. También se contemplaron los siguientes criterios de homogeneidad y heterogeneidad:

- Criterios de homogeneidad:
 - Uso de la escala CIBISA y los Eventos Notables.
 - Curso: estudiantes de tercer curso de Grado en Enfermería.
 - Edad: 22-27 años.

- Criterios de heterogeneidad:
 - Sexo: hombres y mujeres.
 - Lugar de prácticas: Atención Primaria, Unidad de Hospitalización de Traumatología, Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de adultos, Unidad de Salud Mental, Comunidad Terapéutica.

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes que desearon participar en el estudio. La voluntad de participación quedó recogida en el consentimiento informado.

5.2.6 Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 23.0. La normalidad se comprobó mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. Se realizó un análisis descriptivo con media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. La determinación de la fiabilidad de la escala CIBISA en este grupo de participantes se calculó mediante el alfa de Cronbach para la consistencia interna. Para analizar los cambios en los valores medios de la escala CIBISA en las diferentes mediciones realizadas a lo largo de las prácticas del alumnado se utilizó la t de Student de muestras relacionadas. Para comparar los valores medios de la escala CIBISA en los diferentes grupos creados a partir de las variables independientes se utilizó la t de Student para variables cualitativas dicotómicas, ANOVA de un factor para aquellas de más de dos categorías y el Coeficiente de Correlación de Pearson para variables cuantitativas. En caso de que no existiera normalidad en la distribución de la variable en los grupos a comparar se utilizaron las correspondientes pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Coeficiente de Correlación de Spearman).

Los datos obtenidos a través de los Eventos Notables y del grupo de discusión se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido clásico (Amezcuca, 2000) con el software QSR Nudist Vivo 12 Pro.

Se analizaron uno a uno todos los Eventos Notables reportados por el alumnado. Inicialmente se seleccionó una muestra aleatoria de las narrativas de cuatro participantes que analizaron tres investigadores para, en una reunión de consenso posterior, poner en común categorías y homogeneizar el análisis. La lectura y análisis de todos los Eventos Notables fue realizada por dos investigadores que triangularon los resultados con el tercer investigador una vez finalizada la exploración.

Como estructura teórica de referencia se partió de las dimensiones del cuidado: bienestar, seguridad y autonomía; propuestas por Germán Bes (2004) en el Triángulo de los Cuidados que es la base teórica a partir de la cual se construye la escala CIBISA inicialmente. A pesar de adoptar esta base teórica no se desestimaron otros contenidos que fueron conformando nuevas categorías según se desarrollaba el análisis. Una vez establecidas todas las categorías principales se realizaron análisis pormenorizados de cada una de ellas para valorar la existencia de subcategorías.

Además, se comprobó si los contenidos analizados y clasificados en este árbol de categorías y subcategorías se correspondían con los ítems de la escala CIBISA. También se hizo un análisis cuantitativo en el que se recontó el número de referencias para cada categoría en función del sexo, el lugar de prácticas, la cohorte a la que pertenecía el alumnado y la puntuación media de la escala CIBISA (en T2).

5.3 RESULTADOS

5.3.1 Descripción de la muestra

En el estudio participaron un total de 79 estudiantes, aunque finalmente se excluyó a 12, dado que cumplían con algún criterio de exclusión (no habían cumplimentado al menos dos veces la Escala CIBISA o no habían escrito al menos un Evento Notable). De los 67 estudiantes, 48 (71,6 %) pertenecían a la Cohorte 1 (curso 15/16) y 19 (28,4 %) a la Cohorte 2 (curso 16/17). La edad media fue de 22,09 años (DE = 4,99). El 86,6 % fueron mujeres frente al 13,4 % que fueron hombres. El alumnado realizó

sus prácticas en diferentes servicios: Bloque Quirúrgico (44,8 %), UCI (32,8 %), Urgencias (16,4 %) y Hemodiálisis (6 %). Cada alumno respondió entre 2 y 7 veces el cuestionario en cada uno de los rotatorios de prácticas. La media de la puntuación de la escala CIBISA en la primera medición (T1) fue de 2,68 (DE = 0,44) y en la segunda (T2) 3,22 (DE = 0,42) (Tabla 5-1).

5.3.2 Fiabilidad de la escala CIBISA

La consistencia interna de la escala CIBISA fue alta tanto en la primera como en la segunda medición ($\alpha_{T1} = 0,882$ y $\alpha_{T2} = 0,869$). Los ítems que al ser retirados mejoraban los valores de consistencia interna de la escala en la primera medición fueron el 3 ($\alpha_{T1} = 0,885$), el 8 ($\alpha_{T1} = 0,883$), y el 28 ($\alpha_{T1} = 0,890$). En la segunda fueron el 4 ($\alpha_{T2} = 0,872$), el 14 ($\alpha_{T2} = 0,871$), el 17 ($\alpha_{T2} = 0,871$), el 22 ($\alpha_{T2} = 0,871$) y el 28 ($\alpha_{T2} = 0,874$).

Tabla 5-1

Descripción de la muestra

Variables	n	Descripción	
		Media (DE) o f	Min-Max
Edad (años)	67	22,09 (4,99)	19-43
Sexo			
Mujeres	58	86,6 %	-
Hombres	9	13,4 %	-
Cohorte			
Cohorte 1 (15/16)	48	71,6 %	-
Cohorte 2 (16/17)	19	28,4 %	-
Lugar de prácticas			
UCI	22	32,8 %	-
Bloque quirúrgico	30	44,8 %	-
Urgencias	11	16,4 %	-
Hemodiálisis	4	6,0 %	-
n.º Respuestas	67	5,51 (1,13)	2-7
CIBISA T1	67	2,68 (0,44)	1,57-3,61
CIBISA T2	67	3,22 (0,42)	2,21-4,00

Nota: CIBISA: Escala CIBISA; DE: Desviación Estándar; f: Frecuencia; Min-Max: mínimo y máximo; n: tamaño de la muestra; n.º: Número; T: Tiempo; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

5.3.3 Evolución de las puntuaciones de la escala CIBISA entre el inicio y el final de las prácticas.

Se observaron diferencias significativas ($p < 0,001$) entre los valores medios de la escala CIBISA en la primera medición, correspondiente al inicio de las prácticas, y en la segunda, cumplimentada al finalizarlas (Tabla 5-2 y Figura 5-1).

Tabla 5-2

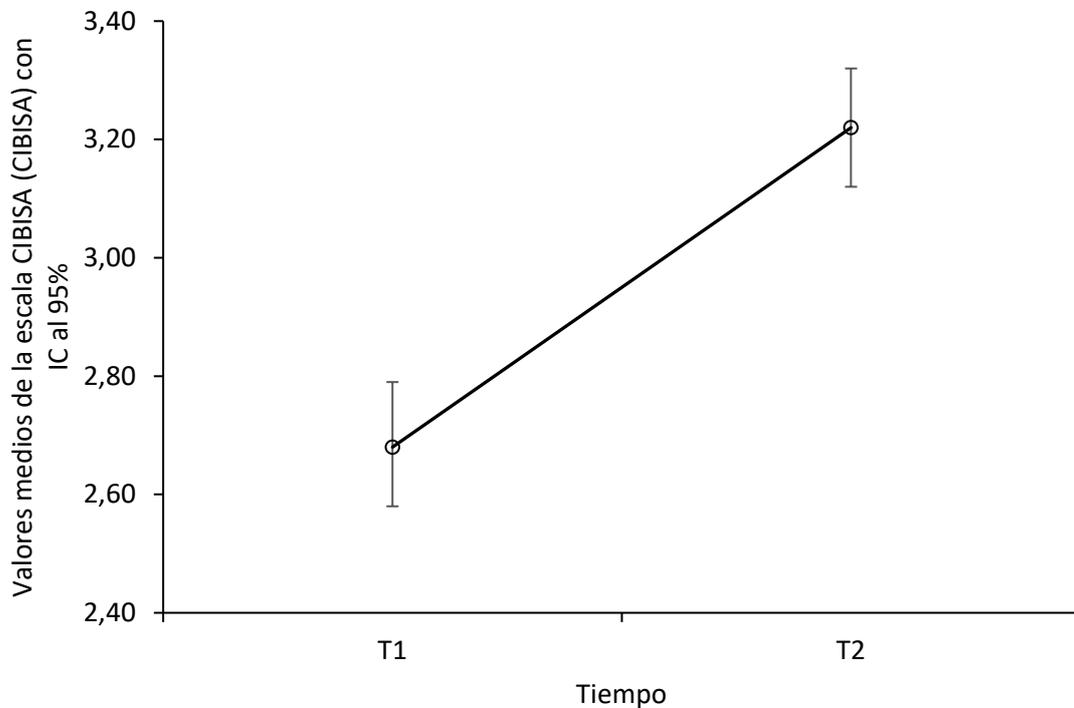
Comparación de los valores medios de la escala CIBISA al inicio y al final de las prácticas clínicas

Variables	n	Media (DE)	Estadístico	p
CIBISA T1	67	2,68 (0,44)	t = -9,722	<0,001
CIBISA T2	67	3,22 (0,42)		

Nota: CIBISA: Escala CIBISA; DE: Desviación Estándar; p: p-valor; t: t de Student de muestras relacionadas; T: Tiempo.

Figura 5-1

Valores medios de la escala CIBISA al inicio y al final de las prácticas clínicas



Nota: IC: Intervalo de confianza; T: Tiempo.

5.3.4 La escala CIBISA y las variables independientes

No se observaron diferencias estadísticamente significativas de los valores medios de la escala CIBISA en función de las variables sociodemográficas y académicas (Tabla 5-3).

Tabla 5-3

Comparación de los valores medios de la escala CIBISA en función de las variables sociodemográficas y académicas al inicio y al final de las prácticas clínicas

Variables	n	CIBISA T1			CIBISA T2		
		Media (DE)	Estadístico	p	Media (DE)	Estadístico	p
Edad (años)	67	-	$\rho = -0,206$	0,095	-	$\rho = -0,072$	0,561
Sexo							
Mujeres	58	2,69 (0,43)	t = 0,470	0,640	3,24 (0,41)	t = 0,846	0,400
Hombres	9	2,62 (0,50)			3,11 (0,49)		
Cohorte							
Cohorte 1 (15/16)	48	2,63 (0,40)	t = -1,452	0,151	3,23 (0,37)	t = 0,176	0,860
Cohorte 2 (16/17)	19	2,80 (0,51)			3,21 (0,53)		
Lugar de prácticas							
UCI	22	2,62 (0,40)	F = 2,431	0,073	3,28 (0,42)	F = 0,874	0,459
Bloque quirúrgico	30	2,71 (0,41)			3,13 (0,42)		
Urgencias	11	2,89 (0,45)			3,29 (0,41)		
Hemodiálisis	4	2,26 (0,51)			3,38 (0,48)		
n.º Respuestas	67	-	$\rho = 0,027$	0,828	-	$\rho = 0,133$	0,282

Nota: CIBISA: Escala CIBISA; DE: Desviación Estándar; F: ANOVA de un factor; n: tamaño de la muestra; n.º: Número; p: p-valor; r: Coeficiente de Correlación de Pearson; ρ : Coeficiente de Correlación de Spearman; t: t de Student de muestras independientes; T: Tiempo; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

5.3.5 Los Eventos Notables: análisis de contenido, categorías y su relación con los ítems de la escala CIBISA y variables sociodemográficas y académicas.

Del análisis de contenido de los Eventos Notables se extrajeron un total de siete categorías principales denominadas: 'Bienestar', 'Seguridad', 'Autonomía', 'Reconocimiento', 'Profesionalización', 'Contexto de cuidados' y 'Emociones'. Para la categoría 'Bienestar' se crearon dos subcategorías: 'Presencia de bienestar' y 'Falta de bienestar'. En el caso de la 'Seguridad' se

establecieron las subcategorías: 'Presencia de seguridad' y 'Falta de seguridad'; y se añadió, también, una subcategoría de 'Técnicas'. Por último, para la categoría 'Contexto de cuidados' se generaron dos subcategorías. Una relativa al entorno físico, denominada 'Entorno de cuidados', y otra a las relaciones con el equipo que recibió ese mismo nombre. En la Tabla 5-4 puede verse el nombre de cada categoría y subcategoría junto a una definición consensuada entre los investigadores que revisaron los Eventos Notables.

La Figura 5-2 representa de forma gráfica estas categorías y subcategorías y la forma en la que se relacionan. Se puede ver que en el centro quedan representados los cuidados y las acciones del alumnado durante sus prácticas en relación con las categorías 'Bienestar', 'Seguridad' y 'Autonomía'. Alrededor, en el óvalo, se pueden encontrar aspectos que rodean a estas acciones de cuidados como son las emociones que vive el alumnado o el reconocimiento de pacientes y profesionales o la sensación de avance y progresión durante las prácticas a través de un proceso de profesionalización. Y todo ello enmarcado en un contexto de cuidados que se refiere, por un lado, a lo estructural, pero también a lo relacional dentro del equipo de cuidados.

Por otro lado, en la Figura 5-3, puede verse el número de estudiantes que identificaron cada una de las categorías en sus Eventos Notables. La mayoría de ellos fueron capaces de identificar las categorías de 'Bienestar' y 'Seguridad'. Un número más reducido narraron aspectos relativos al contexto de cuidados, la profesionalización, el reconocimiento o explicaron cuáles habían sido sus emociones. Por último, una parte muy pequeña del alumnado identificó elementos en sus relatos que hiciesen referencia a la autonomía de las personas atendidas o sus familias.

Tabla 5-4

Definiciones de las categorías extraídas del análisis de los Eventos Notables

Bienestar	<p>Son intervenciones dirigidas a lograr un estado del paciente que facilite que actúen los mecanismos internos de recuperación, garantizar un adecuado nivel de confort y a mejorar la calidad asistencial. Consideradas acciones no siempre visibles y registrables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de bienestar: acciones y/o actitudes que proporcionan confort y un ambiente de confianza que facilita la relación de cuidados, una pronta recuperación y mayor satisfacción del paciente y su familia con los cuidados. • Falta de bienestar: acciones y/o actitudes que generan desconfianza, malestar, incomodidad y/o sensación de no ser respetado, que tendrán una influencia negativa en la recuperación del paciente.
Seguridad	<p>Son intervenciones de vigilancia del curso de la enfermedad y actuaciones enfermeras, que garantizan la valoración del riesgo clínico y en caso necesario la derivación a los profesionales médicos. Consideradas acciones siempre visibles y registrables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de seguridad: acciones que garantizan la seguridad del paciente. • Falta de seguridad: las acciones u omisiones de los profesionales que ponen en riesgo la seguridad del paciente. • Técnicas: Son intervenciones técnicas manuales o de administración de medicación, consideradas acciones visibles y registrables.
Autonomía	<p>Son intervenciones llevadas a cabo para promover los autocuidados y la independencia del paciente o su familia, empoderándola para que pueda gestionar sus propios cuidados en diferentes situaciones de salud. Consideradas acciones no siempre visibles y registrables.</p>
Reconocimiento	<p>Son expresiones y/o actitudes que transmiten, al profesional o al alumnado, reconocimiento por parte del paciente, su familia o de otros profesionales del equipo de salud.</p>
Profesionalización	<p>Son verbalizaciones del alumnado que expresan un aumento de la confianza y la seguridad en los cuidados que realizan, lo que les hace sentirse más expertos y profesionales reconociéndose, a sí mismos, como enfermeras.</p>
Contexto de cuidados	<p>Es el entorno físico y relacional en el que se desarrollan los cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entorno de cuidados: Son descripciones del entorno físico asistencial por el que el paciente y el profesional transitan. • Relaciones con el equipo: Se refiere a las relaciones entre los distintos profesionales que pertenecen a un equipo de salud. <ul style="list-style-type: none"> • <u>En positivo:</u> relaciones, situaciones, comentarios o acciones que facilitan la coordinación y el aprendizaje y generan confianza lo que repercute positivamente en la salud del paciente. • <u>En negativo:</u> relaciones, situaciones, comentarios o acciones que indican desprecio, infravaloración o negación de ayuda y que generan un clima de trabajo insostenible y hostil que repercute negativamente en la salud del paciente.
Emociones	<p>Son las sensaciones y sentimientos vividos por el alumnado ante las diferentes situaciones a las que se ven expuestos en sus prácticas.</p>

Figura 5-2

Representación gráfica de las categorías extraídas del análisis de los Eventos Notables y sus relaciones

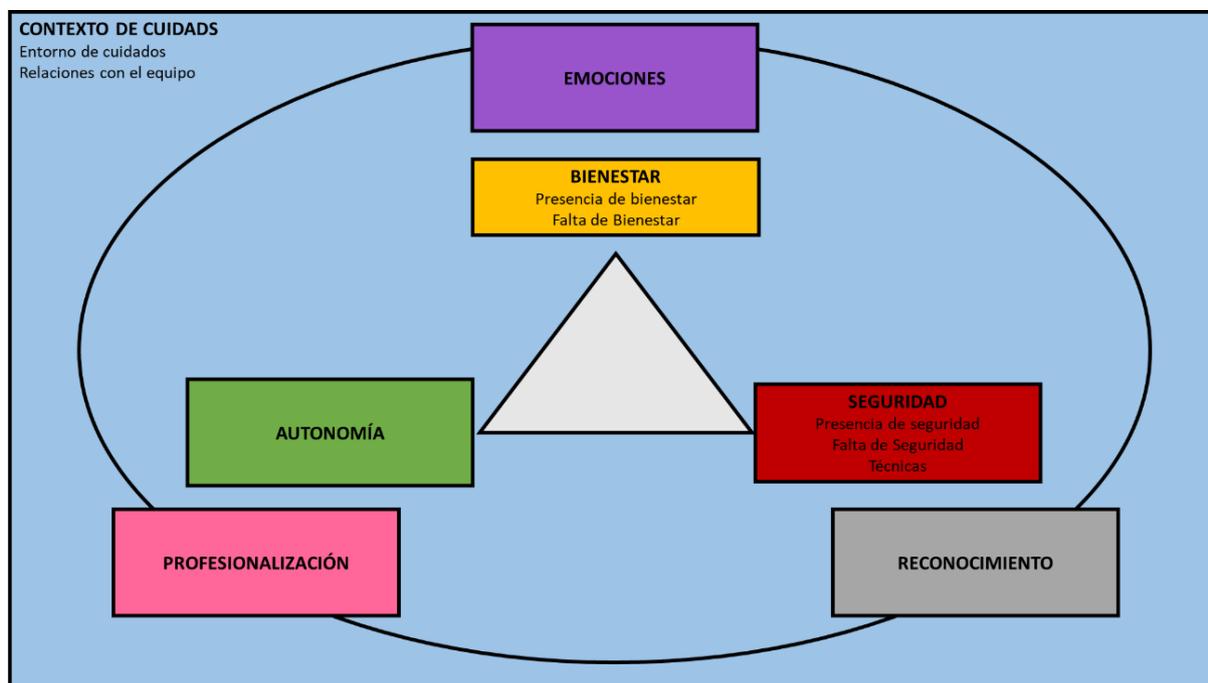
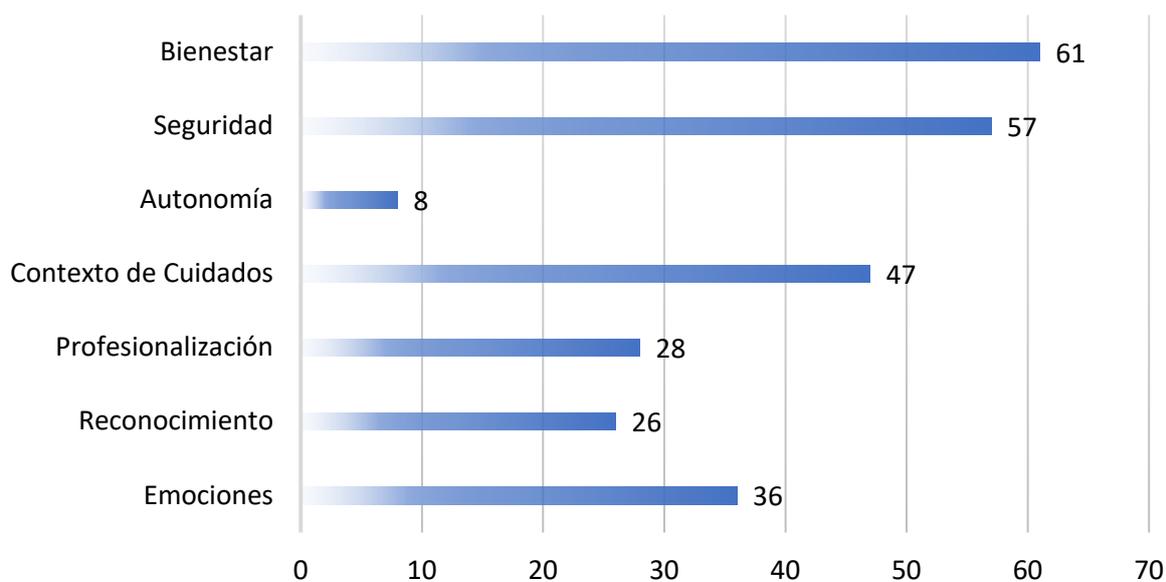


Figura 5-3

Número de estudiantes que identifican cada una de las categorías en sus Eventos Notables



5.3.5.1 Bienestar

La categoría 'Bienestar' fue identificada en los Eventos Notables de prácticamente la totalidad del alumnado como puede observarse en el Figura 5-3. Además, fue la categoría que obtuvo un mayor número de referencias. Tras la lectura de los Eventos Notables se decidió hacer dos subcategorías. La primera referida a la 'Presencia de bienestar' y una segunda denominada 'Falta de Bienestar'.

En la primera de estas dos subcategorías se obtuvieron algunas referencias en las que el alumnado hablaba de la importancia que le daban al hecho de presentarse y de llamar al paciente por su nombre.

"[...] algunos enfermeros [...] van a presentarse a las familias y a decirles que son los enfermeros responsables de sus familiares durante ese turno y que están para resolver todas las dudas que estén a su alcance".

Informante: 2_005

"Le pregunté el nombre mientras le estaba monitorizando, y poniéndole los goteros en el sitio".

Informante: 2_045

"Cuando los pacientes entran al quirófano se les nota [...] temerosos y asustados. Una de las cosas que se lleva a cabo [...] es hablarles por su nombre, indicarles cuál es el nuestro y explicarle cada una de las cosas que le hacemos".

Informante: 2_058

Como puede verse en los fragmentos extraídos estas acciones suelen conseguir que el paciente disminuya su ansiedad y nerviosismo en algunas situaciones. Además, tanto presentarse como llamar por el nombre, son acciones simples que acompañan a lo técnico y que no requieren de un tiempo extra para su aplicación.

El acompañamiento y la presencia cuidadora también fueron identificadas como formas de cuidado relevantes.

"Estoy segura de que, aparte de todo el trabajo que hizo todo el personal para conseguir sacarlo adelante como así fue, el trabajo que más agradeció el paciente fue el de la enfermera que no se separó de su mano en ningún momento, porque, aunque él no se diera cuenta del todo porque estaba bastante aturdido, el hecho de tener una persona al lado acompañándote en esos momentos tan difíciles es muy importante".

Informante: 2_005

“Uno de los días, tuvimos un paciente joven que estaba bastante nervioso, pues era la primera vez que le operaban. Le acompañamos en todo momento desde la acogida hasta que finalmente se durmió [...]”.

Informante: 2_032

Asimismo, como expresó parte del alumnado, el acompañamiento y la presencia no es exclusivamente permanecer al lado del paciente sino demostrar disponibilidad y ser capaz de anticiparse a la demanda.

“Le dije que no se preocupara que utilizase el timbre cuando necesitase algo, que siempre iría alguien por muy ocupados que estuviésemos y que estábamos ahí para cuidarle”.

Informante: 2_007

“[...] la importancia que tiene ir a ver a los pacientes sin que ellos te avisen, aunque ya se hayan atendido, mostrando nuestro interés por su salud”.

Informante: 2_013

También, respecto del acompañamiento, favorecer que las familias puedan acompañar es garantía de bienestar del paciente como así lo demostraron los siguientes fragmentos.

“En casos de pacientes que se encuentran muy desorientados o con un empeoramiento clínico en el que se prevea la muerte, se deja que la familia pueda venir antes del horario de las visitas para que puedan acompañar a su familiar/amigo por más tiempo. Es muy importante que los familiares puedan despedirse y que los pacientes puedan morir acompañados”.

Informante: 2_001

“En la UCI en la que me encuentro se permite la visita de familiares durante todo el día, una vez realizado su aseo, no tiene horario estricto de visitas. Esto me llama muy positivamente la atención ya que considero que el apoyo de la familia es fundamental para el paciente y más en el entorno de la UCI donde se pueden sentir más vulnerables”.

Informante: 2_014

Fue el momento del acompañamiento en el que el alumnado puso en juego algunas habilidades y formas de cuidar que ayudaron a garantizar la comodidad y el confort, en definitiva, el bienestar del paciente y su familia.

“No estaba cómodo y no sabía explicar muy bien como quería la cama así que decidí darle el mando y explicarle como se controlaba para que así pudiese ponerla a su gusto”.

Informante: 2_007

“Es importante ayudar al paciente con el dolor y también entender y prestar atención a las emociones de los pacientes, siendo en muchas ocasiones la principal causa de un mayor dolor. Recuerdo un paciente [...] quejándose de dolor indefinido a la hora aproximada de irse la familia, pero si ese turno habías estado más rato en su box, hablando con él, nunca necesitaba analgesia”.

Informante: 2_009

“Una vez que pasa al box, hay que acomodarle y ponerle el pijama del hospital. [...] asegurar en todo momento el confort y el bienestar del paciente”.

Informante: 2_015

“[...] cualquier dolor o molestia que sentía era rápidamente resuelto por los sanitarios de la unidad”.

Informante: 2_019

“Algo que me gusta del equipo de enfermería con el que estoy trabajando es que miran siempre por la comodidad del paciente. Por ejemplo, como en el quirófano la temperatura es baja se ocupan de que la mesa quirúrgica este caliente poniendo previamente a la entrada de este una estufa calentándola o cuando viene colocarle automáticamente otra sábana”.

Informante: 2_043

Un aspecto relativo al bienestar y el confort que el alumnado no pasó por alto fue el de garantizar la intimidad de los pacientes.

“En cuanto a la intimidad, en especial en los aseos, [...] evitar que se quede completamente desnudo, dejando la sábana vieja por encima hasta que se cambie por una nueva. También se coloca un biombo de forma que tape el box ya que en ocasiones puede haber familiares de otros pacientes fuera del horario de visitas”.

Informante: 2_001

“También se preserva la intimidad del paciente en todo momento cerrando las puertas del quirófano o tapándole cuando no es necesario que sea descubierto totalmente”.

Informante: 2_043

El uso del tacto y la mirada también podrían englobarse en las acciones que el alumnado identificó como formas de cuidados puestas en marcha durante el acompañamiento.

“[...] una sonrisa, una caricia en el brazo, cogerle la mano, son gestos que agradecen”.

Informante: 2_001

“No cuesta más de 5 segundos de tu tiempo hacer saber a un paciente que estamos cuidando de él, ya sea con una mirada, el tacto, una frase o todo a la vez”.

Informante: 2_022

Además de estas acciones no verbales, el alumnado señaló que el acompañamiento permitía el uso de la palabra y de la escucha como formas de cuidar.

“[En la UCI] es muy importante la empatía y la escucha activa [...] ya que de esta forma puede desahogarse y sentirse comprendido [el paciente]”.

Informante: 2_001

“Es muy importante que la enfermera escuche a los pacientes, ya que estos necesitan expresar sus preocupaciones y su estado a alguien [...] Esto me hizo ver la importancia que tiene pararse a hablar y, sobre todo, a escuchar al paciente para que confíen en nosotros [...]”.

Informante: 2_013

“Me llamó la atención el cuidado, la escucha y el cariño con el que todo el personal trataba su situación e incluso nos quedábamos en su habitación para que se desahogara y pudiera hablar con total libertad de su enfermedad”.

Informante: 2_027

El alumnado también destacó la importancia de facilitar que se produzca esta comunicación si alguno de los elementos de esta falla: canal, código, emisor o receptor. Sirvan como ejemplo los siguientes fragmentos.

“En esta semana un paciente que llevaba desde el inicio de nuestras prácticas sedado comienza a despertarse y a estar más espabilado. Pienso que quiere empezar a comunicarse, pero al llevar la traqueotomía hecha no puede expresarse con facilidad. Le presto un boli y un papel para que cuando quiera decirnos algo solo tenga que llamar al timbre y escribir lo que le preocupa”.

Informante: 2_018

“Después de entrar y salir varias veces de la habitación sin entenderlo, la enfermera le propone un código de ‘sí o no’ apretando la mano”.

Informante: 2_030

Por otro lado, como puede verse en el siguiente fragmento el alumnado fue capaz de detectar y poner en práctica formas adecuadas de dirigirse al paciente.

“La primera semana que estuve en acogida, cuando algún paciente estaba nervioso, hablaba con ellos de manera cercana y con un tono tranquilo”.

Informante: 2_034

“Yo me acerco al paciente e intento tranquilizarlo con palabras calmadas”.

Informante: 2_039

"[...] les tuve que explicar a cada uno de ellos, de forma prudente y tranquila como iba el servicio de urgencias [...]".

Informante: 2_061

El alumnado también señaló la necesidad de mostrarse respetuoso y paciente en los momentos en los que se interactúa con el paciente o su familia.

"[...] como profesionales no debemos de ponernos a su nivel, hay que tener paciencia y realizar nuestro trabajo [...]".

Informante: 2_015

"No perdimos las formas, en todo momento, tanto la enfermera como yo supimos mantener las formas sin alterarnos demasiado pese a la insistencia y el estado de la paciente".

Informante: 2_008

"Esto me ha hecho reflexionar sobre cómo hay que cuidarles independientemente de lo que son. Que no importa lo que hagan fuera del hospital que tú les tienes que cuidar de la misma manera que al resto".

Informante: 2_010

"[...] el trato que le dimos a aquel paciente para que se sintiera cómodo, como otro cualquiera, y que no se viera 'rechazado' por su enfermedad contagiosa [...]".

Informante: 2_072

Por otro lado, el alumnado identificó cómo el hecho de informar a las personas sobre las actuaciones que se van a llevar a cabo y explicar el motivo por el que se realizan ayuda a mejorar el bienestar de los pacientes, especialmente en las primeras veces.

"Entonces, la enfermera que llevaba a ese paciente se acercó a la sala donde se encontraban y les tranquilizó diciéndoles que el médico acudiría en unos minutos a hablar con ellos y les explicó las 'normas básicas' [...] los familiares se quedaron un poco más tranquilos y nos dieron las gracias".

Informante: 2_003

"La enfermera [...] Le explicó que por la situación que se encontraba habían tenido que intubarlo y que pronto le podrían quitar ese tubo. Además, se dio cuenta de que estaba desorientado y también le explicó que enfermó, le llevaron a la UCI, lo sedaron y que entonces le irían disminuyendo la medicación para poder desintubarlo. Agustín pareció calmarse [...] le acomodamos y le dejamos dormir".

Informante: 2_007

“Esta semana hemos tenido a un paciente mayor que no sabía muy bien en qué consistía la anestesia que le iban a poner (intradural) y tenía muchas dudas, además se encontraba bastante nervioso llegando incluso a temblarle las manos. Junto con la enfermera de anestesia le tranquilizamos y le explicamos cómo se iba a realizar la técnica, que sentiría calor y algún pinchazo pero que después de eso no notaría nada”.

Informante: 2_032

Además de la información ofrecida, otros alumnos también identificaron la importancia de que el paciente sea el centro de atención del cuidado y de nuestras intervenciones.

“[...] siempre consultaba al paciente sus preferencias. Creo que este simple detalle es muy importante, pues ubica al paciente como protagonista e influye muy positivamente sobre él [...]”.

Informante: 2_052

Calmar, tranquilizar e infundir ánimos a los pacientes también son acciones que influyen en el bienestar de estos y que el alumnado identificó en sus Eventos Notables. Los siguientes fragmentos ponen esto de manifiesto.

“El paciente estaba aún consciente y una de las enfermeras se dedicó a darle ánimos y a intentar tranquilizarlo [...]”.

Informante: 2_005

“[...] repetidamente se apartaba la mascarilla de oxígeno de la cara, y yo entraba en el box para volver a colocársela y explicarle cada vez que ella necesitaba esa mascarilla para poder respirar y que no debía quitársela y la calmaba en la medida en la que podía”.

Informante: 2_007

“Le agarramos de las manos y estuvimos con él en todo momento hasta que terminó el anestesista. Durante toda la intervención fuimos preguntándole que tal estaba, infundiéndole ánimos”.

Informante: 2_032

El alumnado también describió algunas características de los profesionales de enfermería que les servían de modelo. Destacaron adjetivos como cariñoso, amable, agradable o alegre.

“El hecho de que se sientan lo más cómodos posible, el cariño y la amabilidad con la que se les trata y se les atiende a cualquier necesidad”.

Informante: 2_018

“Es cariñosa y muy agradable y en mi opinión es el modelo de una buena enfermera”.

Informante: 2_035

“La mayoría de las enfermeras son muy agradables, alegres y prestan un trato cercano con los pacientes [...]”.

Informante: 2_044

También recalcaron la importancia de que el profesional sea capaz de estar atento y prestar atención plena al paciente que está atendiendo.

“Lo que la diferencia de las demás enfermeras que he conocido aquí es que presta plena atención a los pacientes. Todas las mañanas le acompaño a la acogida a recibirles, hablamos con ellos, les tranquilizamos, les preguntamos por sus miedos [...]”.

Informante: 2_035

“Me di cuenta de que había que prestar más atención al paciente, que debemos estar atentos a todo lo que dice y muestra el paciente y no solo dedicarnos a colocar los dispositivos”.

Informante: 2_065

O su capacidad de demostrar empatía.

“Otra de las cosas que he aprendido es que tienes que ponerte en el lugar del paciente al que van a operar. En el momento de la entrada al quirófano el paciente siente miedo, por lo que es preciso que esté siempre acompañado y que no tenga la sensación de abandono”.

Informante: 2_038

“[...] es necesario que los profesionales de enfermería muestren más cercanía y empatía con los pacientes para disminuir sus miedos y aumentar su bienestar y su tranquilidad”.

Informante: 2_067

“[...] me percaté de lo importante que es saber escuchar, mostrar empatía y acompañar”.

Informante: 2_046

Por último, es importante destacar como el alumnado también relató, en sus Eventos Notables, la importancia de ofrecer cuidados individualizados y culturalmente adaptados para garantizar el bienestar de las personas.

“Así que un día una de las enfermeras [...] le explicó que [...] si no era mucho podía comer un poquito de eso [jamón] también y que si eso le entraba bien de lo que se trataba era que comiera algo, y que mejor que se comiera el jamón durante la diálisis que después. Me gustó mucho cómo se implicó la enfermera con esa paciente para intentar que ella pudiera también comer algo de lo que le gustaba ya que tenía poco apetito [...]”.

Informante: 2_011

“Ser enfermera no es sólo realizar técnicas sino preocuparse por cada paciente con sus preocupaciones propias. Por mucho que sean unas creencias que no se compartan, que no te gusten o que no entiendas, se deben respetar e intentar que cada paciente se sienta a gusto y completa durante su estancia en el hospital”.

Informante: 2_008

“[...] yo intento pensar en algo que pudiera ayudarle a pasar mejor el tiempo y, relacionando y conectando con mis recuerdos de un viaje a Marruecos, le pregunto si le gustaría tener unos cantos del Corán para que pudiera escucharlos y favorecer sus rezos. Me dice que sí y al día siguiente [su hija] trae un pequeño reproductor de música con grabaciones del Corán”.

Informante: 2_019

La cara B de esta subcategoría fue la ‘Falta de Bienestar’. Aquí el alumnado lo que plasmó fueron situaciones que bien por acción o por omisión, es decir por mal cuidar o no cuidar, generan falta de bienestar, sufrimiento y/o dolor.

El alumnado identificó el hecho de no presentarse, no saludar o no despedirse como inacciones que indican falta de cuidado y que disminuyen el bienestar.

“[...] algún profesional sanitario no saludaba o se presentaba cuando entraba en un box [...]”.

Informante: 2_013

“[...] las enfermeras instrumentistas y circulantes no se presentan al paciente, no les dicen su nombre”.

Informante: 2_037

El alumnado también observó cómo, en algunos casos, los profesionales evitaban acompañar a sus pacientes mostrando escasa disponibilidad e incluso demorando la atención.

“[...] podían llegar a tardar una hora desde que pedía una asistencia (por ejemplo, un cambio postural) hasta que venían a complacerla”.

Informante: 2_019

“Ni se molestaba en ir a ver a los pacientes”.

Informante: 2_022

“[...] el paciente se queda esperando solo en la acogida hasta que pueden ir al quirófano [...]”.

Informante: 2_037

En varios de sus relatos el alumnado señaló un inadecuado manejo del dolor lo que puede verse en los siguientes fragmentos.

“[...] como una enfermera llega a darle a un mismo paciente, despierto, consciente y orientado, hasta 7 pinchazos para colocarle un catéter arterial radial, pese a que tres compañeras se encontraban en el mismo box con ella y se ofrecieron a ayudarlo”.

Informante: 2_029

“Incluso después de que la médico expresara que no hacía falta coger esa vía [arterial], a la paciente se le realizan hasta diez intentos (también en los pies), teniendo finalmente que desistir. La razón que esgrime la enfermera para no cejar en el empeño es que ‘sabe mal no conseguirlo’. Prima en este caso, el ego personal sobre el bienestar de la paciente”.

Informante: 2_030

“[...] después de aplicarle al paciente la anestesia local, este refería dolor llegando a gritar. Ante esta situación, la única respuesta que le dieron los cirujanos fue que, si mantenía esa actitud, no iban a continuar con la operación. El paciente continuó gritando por el dolor”.

Informante: 2_038

“En estos casos, la paciente es sometida a una histeroscopia quirúrgica bajo anestesia. Sin embargo, en esta ocasión las ginecólogas decidieron extirparlo, sin anestesia ni analgesia alguna. Lo peor era ver cómo no reaccionaban al ver a la mujer chillar y llorar”.

Informante: 2_046

Por otro lado, lejos de que el profesional preste atención plena mientras asiste a los pacientes el alumnado identificó, en algunas ocasiones, dispersión e inatención.

“[...] recuerdo un paciente al cual estábamos aseando y la auxiliar se puso a hablar con la celadora y con la enfermera sobre el pastel que había hecho para cenar el día anterior, sin darse cuenta de que el paciente estaba perdiendo líquido de la herida quirúrgica, manchando toda la ropa de cama que estaba recién cambiada e incluso se veía como el paciente empeoraba de estado, estando con una bajada de saturación y taquicardia, todo esto mientras las otras charlaban”.

Informante: 2_009

“[...] los médicos seguían hablando de su puente por Jaca y cómo estuvieron esquiando, riéndose a carcajadas ... a todo esto el paciente despierto. Después se le puso en posición de litotomía [ginecológica] [...] con ambas puertas abiertas de par en par porque justo en la entrada los médicos seguían hablando de su puente”.

Informante: 2_046

Otro aspecto que el alumnado reflejó fue el encarnizamiento terapéutico en situaciones terminales o en las que la calidad de vida está muy mermada.

“Me pregunto hasta qué punto merece la pena un tratamiento así para alargar la vida unos meses más, en una persona que no va a tener calidad de vida [...] Tenemos varios pacientes en situación terminal a los que se les siguen aplicando todos los tratamientos, por agresivos que sean, porque lo más importante es mantenerles con vida”.

Informante: 2_002

Por otro lado, también observaron momentos en los que no se preservó la intimidad del paciente.

“Llevo ya varias semanas observando que en muchos pacientes que están entubados, por el hecho de que ‘no se dan cuenta’ les realizábamos el aseo sin que tuvieran intimidad, sin biombos que los taparan para que otros no los vieran”.

Informante: 2_005

“Cuando el paciente ya está en su posición correspondiente para la intervención quirúrgica, muchas veces no se preserva su intimidad, ya que está destapado en algunas zonas y el equipo quirúrgico entra y sale y las puertas quedan abiertas. Creo que no tiene que ser una situación cómoda para el paciente”.

Informante: 2_042

El contacto frío y lejano del profesional que trata de ser aséptico y distante evitando el tacto y la mirada también fueron aspectos descritos por el alumnado en sus relatos.

“[...] el quirófano me parece un lugar muy frío y no solo por la temperatura del ambiente, sino por el trato de enfermeros y cirujanos con los pacientes. Es todo muy técnico y mecánico... No hay una sonrisa ni una caricia [...]”.

Informante: 2_035

Como se apreciaba en la subcategoría ‘Presencia de bienestar’ hablar con el paciente era valorado como algo positivo y el alumnado había demostrado capacidad para utilizar algunas formas próximas a la comunicación terapéutica. No obstante, también fueron capaces de identificar elementos comunicacionales más próximos a la comunicación social.

“[...] llegó un momento en el que la enfermera titular se puso seria y entró a colocarle la mascarilla ella misma hablándole en un tono de recriminación y de regaño [...] le gritó que si se seguía quitando la mascarilla no le iba a seguir atendiendo. Luego esta enfermera me decía que a los enfermos hay que darles una de cal y una de arena que si no eran colaboradores debían ponerse firmes”.

Informante: 2_002

“El otro día me puse con un enfermero que le habían tocado dos enfermos un poco problemáticos [paciente diagnosticado de patología mental y otro paciente inquieto]. Al principio el enfermero supo llevar la situación, les hablaba con respeto con un tono adecuado y realizaba los cuidados [...] de una forma correcta. Fue pasando la tarde y su actitud cambió al ver que cada dos por tres los pacientes se movían y desordenaban la cama. Al final del turno acabó atándoles a los dos y chillándoles ya que no entendía por qué se ponían así y que no le estaban dejando descansar. Cuando tuvo que escribir en la historia volcó toda su rabia y lo guardó”.

Informante: 2_060

No son inhabituales en las narrativas del alumnado encontrar ejemplos en los que se trata de forma irrespetuosa, enjuiciadora y prejuiciosa a los pacientes. Incluso algunos alumnos objetivan la existencia de desigualdades en el trato.

“Varias veces he estado presente en la situación de estar atendiendo a un paciente en un box, y que médicos, enfermeros o auxiliares hablen en un tono de voz bajo para que no se les escuche. Bien sea del paciente ahí presente, de otro o de cualquier otro asunto, pero me parece una falta de respeto”.

Informante: 2_015

“En la segunda semana me fijé en que, en cada box, estando el paciente sedado, se hacían comentarios acerca de su estado, de si su evolución era favorable o no, el pronóstico, el tiempo de vida estimada que le quedaba [...]”.

Informante: 2_018

“Me llamó la atención la forma en la que trataron a un paciente que se había caído por ir bebido. Creo que no tenemos que juzgar a nadie, y limitarnos a cuidar que es nuestro trabajo”.

Informante: 2_020

“Paciente psiquiátrica acude a urgencias por un cuadro grande de ansiedad a las 15 h. La ve el doctor de boxes y pide hoja de consulta con el psiquiatra de guardia. Este no baja a verla hasta bien avanzada la tarde. La paciente desde que llega hasta que la bajan a ver esta llorando de forma [...] interrumpida de una manera desconsolada sola en el box de psiquiatría. Creo que a veces no nos damos cuenta de que los pacientes psiquiátricos están enfermos y que son igual que los que entran con una apendicitis. No sé porque a veces a unos se les tiene más consideración que a otros”.

Informante: 2_020

“Paciente de 80 años [...] demenciada [...] la señora no para de gritar y de quejarse. Estoy en el control de enfermería y veo pasar una trabajadora (no se si sería auxiliar o celadora) que dice el siguiente comentario ‘madre mía, ya le podíais poner un bozal en la boca a ver si se calla’”.

Informante: 2_020

“Durante esta semana me ha llamado la atención fundamentalmente el trato de algunos profesionales con un paciente con una gran problemática social. Se trata de un paciente varón con VIH, Hepatitis, muy religioso y con tatuajes. Me ha parecido poco profesional la actuación, y sobre todo los comentarios, de alguna auxiliar y enfermera [dado que] tan solo por el hecho de llevar tatuajes y tener esas enfermedades, consideradas aún por la sociedad como exclusivas de personas en exclusión social”.

Informante: 2_023

“[...] paciente trasplantado de hígado y con problemas de alcoholismo y drogadicción. Recibía, de enfermeras y auxiliares, comentarios ofensivos [...]”.

Informante: 2_029

“En más de una ocasión en la que al paciente se le realiza la anestesia raquídea, es decir, el paciente está despierto y se entera de todo, muchos médicos y enfermeras no lo tienen en cuenta, y están hablando de su vida personal, riéndose o incluso gritando sin ponerse en la piel del paciente y en lo que debe sentir”.

Informante: 2_038

“El anestesista sedó a su amigo mientras el urólogo le retiraba el catéter. Los otros dos pacientes, que venían a lo mismo exactamente, no tuvieron la oportunidad de que un anestesista les sedase, y el urólogo fue notablemente más distante que con el amigo de su compañero”.

Informante: 2_040

“[Refiriéndose a un preso] No me pareció que las enfermeras tuvieran la misma actitud que con los demás pacientes, dado que le atendimos la auxiliar y yo, y con los otros pacientes el enfermero siempre estaba a mi lado y al lado del paciente supervisándome”.

Informante: 2_045

“Antes de entrar, el anestesista comentó que el hombre se quejaba bastante y era un ‘poco rarillo’. A mí, de entrada, me extrañó que juzgaran al paciente, además de ya conocer que tenía una leve discapacidad. Pensé que podrían tener un poco más de empatía o de tacto con él”.

Informante: 2_065

“En mitad de la intervención, el anestesista les ha dicho a los cirujanos con un tono alto de voz, ya que estas operaciones son con martillos y sierras por lo que hay mucho ruido, que escojan a personas y no a vacas, y los cirujanos se han reído”.

Informante: 2_067

“[...] han traído a una paciente al quirófano, y una vez que se le ha administrado la anestesia general y está dormida, algunos sanitarios se han burlado de su aspecto físico, haciendo comentarios jocosos a su costa”.

Informante: 2_076

La escasa o nula información que se le da a las personas atendidas sobre los cuidados o técnicas que se les van a realizar es un elemento que el alumnado identificó como una forma inadecuada de cuidar.

“[...] no tranquilizaba a los pacientes que estaban muy nerviosos o no les explicaban a los pacientes qué técnicas se les iban a realizar”.

Informante: 2_013

“La enfermera ha acudido al box sin explicarle qué le iba a poner ni hablarle [...]”.

Informante: 2_014

“[...] muchos de los pacientes pasan a la sala de observación sin apenas ser informados por el médico [...]. La mayoría de los familiares se sienten preocupados, incluso enfadados”.

Informante: 2_061

En ocasiones, el alumnado describió, de forma genérica, situaciones en las que el paciente deja de ser el centro de atención del cuidado y se atiende a este de forma deshumanizada y poco empática.

“En algún caso concreto he observado alguna enfermera que no tenía paciencia con los niños e incluso realizaban las técnicas con poca empatía”.

Informante: 2_017

“Caí en un error muy grave. Cuando llegó el paciente, yo me centré en comprobar que mis guantes estaban bien puestos, que tras monitorizarle no se habían roto, que llevaba la bata puesta en todo momento, que no me exponía a nada, ... me centré en mí. Y en la enfermedad. No veía al paciente, no lo veía como persona, me comporté como si estuviera solo la enfermedad, como si el paciente, sus preguntas, sus miedos, y sus necesidades no existieran. No me presenté, no le expliqué lo que hacía mientras le monitorizaba, no le pregunté si tenía frío, miedo, dolor, nervios... no lo traté como persona, lo traté como enfermedad”.

Informante: 2_040

“[...] las enfermeras/os que trabajan en la unidad se centran más en las máquinas y en programar a los pacientes que en el propio paciente”.

Informante: 2_069

“[...] además de que nos centramos en preparar todo y le hacemos poco caso al paciente”.

Informante: 2_078

En ocasiones, el alumnado relató dificultades para ayudar a los pacientes a estar tranquilos y calmados.

“No paraba de llorar cuando ha entrado y la han tumbado en la camilla, porque tenía miedo, tanto por ella como por una hija de 3 años que tiene. En vez de ocuparse del temor de la chica lo que han hecho las enfermeras y los anestesiólogos es meterle medicación para anestesiarla”.

Informante: 2_002

“[...] veía la cara de preocupación de los pacientes por los propios nervios a la operación y por la falta de atención necesaria a inquietudes previas a la entrada de quirófano”.

Informante: 2_047

La relación con el paciente desde lo normativo, sin individualizar los cuidados y sin tener en cuenta las peculiaridades y necesidades de cada paciente, también fue reconocido por el alumnado en sus narrativas.

“Llevaba un día despierto y no se mostraba muy hablador; uno de sus familiares nos había advertido que se encontraba muy asustado y que, si le permitíamos alargar el tiempo de visita, pero el médico decidió que no era posible”.

Informante: 2_023

“[...] su novia pidió poder dejarle una Biblia en la mesilla de la habitación, viniendo de propio para ello, pero la auxiliar no lo respetó diciéndole que no era horario de visita”.

Informante: 2_023

5.3.5.2 Seguridad

La siguiente categoría, ‘Seguridad’, fue identificada por 57 de los 67 participantes como puede observarse en el Figura 5-3. Esta categoría agrupó, aproximadamente, el 22 % de las referencias extraídas, ubicándose en el segundo puesto. Igual que ocurría en la categoría ‘Bienestar’ se crearon, para la de ‘Seguridad’, dos subcategorías. La primera enfocada a las acciones que garantizan la seguridad del paciente y una segunda en las que las acciones u omisiones de los profesionales ponen en riesgo la seguridad. Además, fue incluida en esta categoría una subcategoría que englobaba referencias relativas a la realización de técnicas, dado que se entiende que, o bien para poder llevar a cabo la vigilancia y seguridad es preciso el empleo de técnicas, o bien porque para realizar la técnica es preciso hacerlo en condiciones de seguridad.

El alumnado dejó claro en sus Eventos Notables la importancia de verificar la identidad del paciente antes de administrarle un tratamiento, revisar la dosis y pauta de este, comprobar las alergias del paciente antes de administrarlo y suministrarlo de forma segura.

“[...] a la hora de administrar el propofol [...] lo debes hacer muy despacio porque duele al entrar en vena y puedes dormirlo demasiado rápido y bajarle demasiado el nivel de conciencia [del paciente]”.

Informante: 2_006

“[...] la importancia que tiene comprobar el nombre del paciente cuando le vamos a realizar alguna técnica, así como preguntarle si es alérgico a algo antes de administrarle cualquier medicamento. [...] Antes de transfundir una concentración de hematíes es muy importante que compruebes el número, el grupo sanguíneo y el nombre completo que hay en la bolsa con la pulsera que llevan los pacientes a los que se les va a realizar esta técnica. Durante esta semana una enfermera fue nueva a la sala de observación y le toco colocar una concentración de hematíes a un paciente con anemia. Sin embargo, se equivocó de cama y cuando iba a comprobar que el número de la bolsa y el nombre de la bolsa coincidían con la pulsera del paciente vio que este no llevaba. Gracias a que hizo la comprobación no le colocó la transfusión de sangre al paciente equivocado”.

Informante: 2_013

“Antes de realizar cualquier técnica, transfusión sanguínea o de administrar medicación me están acostumbrando a mirar, revisar y verificar varias veces la identidad del paciente, preguntándole, mirando la historia, el tratamiento [...] el mínimo despiste o confusión puede conllevar a una grave complicación”.

Informante: 2_015

“En la parte del pre-quirófano es fundamental la revisión de que todo es correcto: consentimientos informados firmados, hoja de anestesia, que no ha tomado nada, que se haya quitado todo lo metálico, alergias y sobre todo que el paciente y la intervención sean las adecuadas. Esto se debe preguntar y confirmar las veces que hagan falta para no dar lugar a ningún error”.

Informante: 2_038

También señalaron la importancia de la asepsia, especialmente en el quirófano, y del uso adecuado de las medidas de protección oportunas.

“La primera semana fue de familiarización con el quirófano, me enseñaron qué es lo que podía y no podía tocar, cómo hacer contajes, cómo echar las cosas al campo estéril sin tocar la mesa ni el objeto y que lo más importante es la asepsia”.

Informante: 2_006

“Era una mujer mayor y que además se encontraba en aislamiento cutáneo, por lo que siempre teníamos que entrar en su habitación con las medidas de prevención adecuadas”.

Informante: 2_062

“Después entré en el quirófano con mucho cuidado, me sequé las manos y me puse la bata y los guantes como había estado observando los días anteriores que lo hacían las enfermeras veteranas”.

Informante: 2_070

“El paciente tenía sífilis, de modo que las medidas de precaución eran distintas, los contenedores especiales, materiales desechables, cuidados de limpieza [...] y todos los profesionales llevaban doble guante. Además, los médicos llevaban unas gafas especiales para prevenir cualquier tipo de contagio. [...]. Aplicando todas estas medidas de seguridad y protección todo tuvo lugar según lo previsto y no hubo contagios”.

Informante: 2_072

En otro orden de cosas, el alumnado describió situaciones en las que la tarea implicaba la observación de los signos y síntomas del paciente, es decir actuaciones de vigilancia clínica. Por ejemplo:

“[...] en la URPA me dejaron con una paciente sola, para que le monitorizara, le vigilara y avisara si había algún problema. Era una paciente que había salido del quirófano algo desorientada a causa de la anestesia y necesitaba algo de vigilancia”.

Informante: 2_036

“[...] estabilizar las constantes vitales y observar el lugar de la intervención”.

Informante: 2_058

“[...] el oído del niño empezó a sangrar [...] Entonces, avisé y volvieron a intervenir, aspirándole la sangre y poniéndole un tapón con vasoconstrictor”.

Informante: 2_065

“[...] recibes a los pacientes recién salidos de quirófano y controlas el dolor, las constantes vitales [...]”.

Informante: 2_078

Igual que en la categoría ‘Bienestar’ aparecía la necesidad de estar plenamente presente y atento para realizar cuidados orientados al confort, también se extrajeron fragmentos en los que el alumnado identificaba esta misma necesidad para cuestiones de vigilancia clínica, errores de medicación y aplicación de técnicas de forma segura.

“[...] siempre pendientes de lo que la enfermera instrumentista nos pedía”.

Informante: 2_035

“[...] nos remarcó que prestáramos atención con lo pautado por los pediatras y nos dijo que siempre que algo nos sonara mal o nos pareciera que no podía ser, les preguntáramos a los pediatras para asegurarnos”.

Informante: 2_057

“[...] el bloque quirúrgico, donde tenemos que estar con mil ojos [...]”.

Informante: 2_058

A diferencia de la categoría ‘Bienestar’, en la que no se hallaron referencias relativas a acudir rápido a la llamada de un paciente, sí se hallaron relatos referentes a la vigilancia, la técnica y la seguridad en los que acudir rápidamente era primordial.

“La siguiente experiencia pone de manifiesto la importancia que tiene responder rápidamente cuando nos llaman tanto los pacientes como sus familiares. Tuvo lugar en atención médica de urgencias cuando un hombre informó al personal que estaba en el control de enfermería que había un joven en la sala de espera que había empezado a convulsionar. Rápidamente, todo el personal que había fue corriendo a atender al paciente que era epiléptico y estaba sufriendo una crisis. Le introdujeron un tubo de Guedel en la boca y se le colocó una vía venosa periférica para administrarle Diazepam. El paciente fue llevado inmediatamente a vitales y gracias a la rápida actuación del personal al convulsionar no se hizo ningún daño”.

Informante: 2_013

“Los pacientes llegan para ser atendidos urgentemente por lo que he observado que el objetivo primordial es la intervención sobre el mismo a la mayor brevedad posible”.

Informante: 2_017

Por último, el alumnado describió situaciones en las que en base a su conocimiento la enfermera ajusta dosis prescritas de fármaco para beneficio de sus pacientes.

“He visto como enfermeras ponían medicación a pacientes sin que el médico lo haya dicho. Creo que están completamente capacitadas para hacerlo [...]. Si mi enfermera no le hubiera puesto la medicación pertinente ante una situación de urgencia que tuvimos, ya que solo había un médico y estaba poniendo una vía central a una paciente, esa paciente hubiera fallecido”.

Informante: 2_010

“No se limitaba a seguir la prescripción médica, sino que acordaba con ellos [pacientes] lo que no le parecía, según su juicio, del todo beneficioso para el paciente. [...]. Desde el inicio de mis prácticas he podido comprobar cómo en esta área enfermería no se limita a seguir prescripciones médicas, sino que aplica cuidados y tratamientos que han sido revisados por ellas y con los que están de acuerdo; en caso contrario negocian con el médico y ponen de manifiesto su opinión. [...]. También he podido observar cómo cambiaba los horarios de muchas medicaciones, de cara a mejorar su efecto sobre el paciente: modificando la hora, solicitando cambiar la vía de administración al médico para mejorar su absorción [...]”.

Informante: 2_023

En el lado contrario, el alumnado identificó momentos en los que los profesionales no utilizan las medidas de protección adecuadas tanto para sí mismos como para el paciente.

“[...] una mujer que era sospecha de gripe A [...] se ha dializado igualmente en la sala A, donde están la mayoría de los pacientes [...] puede contagiar a todos los demás pacientes que son personas de riesgo, al igual que a las enfermeras, las cuales han seguido tratando con ella usando las mismas medidas de protección que si estuviera sana 100 %”.

Informante: 2_011

“Me llamó mucho la atención la soltura que tenían las enfermeras para cogerlas [las vías venosas periféricas], aunque sin guantes”.

Informante: 2_067

“Por otro lado, está la cuestión de la propia seguridad del profesional sanitario. Nunca entenderé por qué no se ponen guantes a la hora de poner inyecciones en los circuitos dializadores [...] ni para rellenar los tubos de analíticas”.

Informante: 2_069

“[...] el paciente ingresado en la UCI con una pseudomona. Supuestamente se encuentra en aislamiento por contacto, pero creo que no se toman las medidas de seguridad adecuadas. Allí entraban los sanitarios sin la bata protectora de los aislamientos [...], tocaban todos los aparatos del paciente y, después, se colocaban la bata y los guantes”.

Informante: 2_069

"[...] es habitual ver personal sanitario [...] con el flequillo fuera del gorro 'porque si no queda muy feo' [o] la mascarilla de collar 'porque agobia' [...]"

Informante: 2_040

También se identificaron en algunos Eventos Notables errores de medicación o una deficiente comprobación de las alergias:

"Un día tuve una confusión y le administre un fármaco de un paciente a otro, fue la primera semana y lo pase muy mal, pero por suerte el fármaco no era muy importante y no tuvo repercusiones en el paciente".

Informante: 2_012

"[...] decidieron ponerle algo de analgesia, metamizol en concreto, cuando el paciente era alérgico a las pirazolonas. Como consecuencia, tuvo una reacción adversa brutal. Con esto me di cuenta de la importancia de conocer la historia del paciente, puesto que se pueden evitar episodios como este".

Informante: 2_046

Por último, resulta llamativo un fragmento en el que la alumna señaló cómo el hecho de que haya una ratio baja de personal supone un problema para la seguridad clínica de los pacientes.

"Creo que es negativo también que haya solo 5 enfermeros para encargarse de toda la zona de Vitales, ya que si vienen muchos pacientes que pasan a la zona de vitales, los enfermeros no dan de sí para poder atenderlos a todos".

Informante: 2_067

La subcategoría 'Técnicas' recoge fragmentos en los que el alumnado describe o enumera técnicas realizadas durante sus prácticas. Sirvan como ejemplo los siguientes fragmentos.

"Después de un mes y una semana en el servicio [...] las técnicas más habituales en cada paciente según sus afecciones: analítica completa, colocación de una vía normalmente de calibre 20 y una radiografía de tórax. Si presentaban fiebre se realizaba también una prueba de hemocultivos [...]"

Informante: 2_008

"A nivel profesional, en estas prácticas en el servicio de Urgencias he aprendido muchas técnicas de enfermería y he mejorado otras de ellas: analíticas de sangre, gasometrías arteriales, extracción de hemocultivos, canalización de catéteres venosos periféricos, manipulación de reservorios venosos subcutáneos, sondajes vesicales y nasogástricos, prevención y manejo de UPP [úlceras por presión], curas de heridas, vendajes, inmobilizaciones de miembros, manejo de los niños en pediatría, manipulación y administración de fármacos por las diferentes vías, toma de constantes, clasificación de los pacientes en el triaje, realización de ECG [electrocardiograma], revisión y mantenimiento del carro de parada cardiorrespiratoria, preparación y conexión de transfusiones sanguíneas, programación de bombas de perfusión [...]"

Informante: 2_015

“He aprendido técnicas como poner férulas, realizar puntos de sutura, poner vendajes compresivos y funcionales [...] a coger vías periféricas, a realizar hemocultivos y en qué orden deben cogerse, a realizar gasometrías arteriales, poner Hudson, realizar sondajes vesicales, realizar electrocardiogramas y controlar a los pacientes del equipo con el que se está”.

Informante: 2_024

Además, el alumnado destacó la importancia de las primeras veces y la necesidad de ir cogiendo destreza y pericia para poder realizar las técnicas con mayor confianza.

“[...] empecé a coger vías en la CMA [Cirugía Mayor Ambulatoria], y a romper y fallar varias venas [...] Por primera vez me han dejado, administrar la anestesia a mi sola con indicaciones de una enfermera y del propio médico anestesista [...]”.

Informante: 2_006

“[...] la primera vez que suturé [...] que saqué sangre a un paciente pediátrico”.

Informante: 2_025

“[...] esta semana hemos podido montar, varias veces las máquinas que se utilizan en la UCI [...]. Esto nos ha servido para tener más soltura la próxima vez que subamos a diálisis”.

Informante: 2_028

“[...] me ofrecen lavarme e instrumentar mi primera operación desde que llegué [...]”.

Informante: 2_049

“[...] he conseguido aprender a realizar todas las técnicas correctamente y desenvolverme con total soltura [...]”.

Informante: 2_057

“[...] he podido coger más confianza para poner vías”.

Informante: 2_067

5.3.5.3 Autonomía

La categoría ‘Autonomía’ fue citada únicamente por 8 personas de las 67 a las que se les recogieron datos en el estudio, obteniendo menos del 2 % de referencias totales. En ella se pueden diferenciar dos narrativas. Por un lado, aquellas en las que la intervención educativa va dirigida al usuario.

“La enfermera de urgencias se sentó con ella para informarle sobre la patología que sufría [...]”.

Informante: 2_013

“La llevamos a una salita privada y hablamos con ella sobre la importancia de usar barreras de protección, no sólo para evitar el embarazo, sino también para evitar ETS [Enfermedades de Transmisión Sexual]”.

Informante: 2_025

Por otro, las que colocan en el centro a los familiares o el cuidador informal.

“En los años que llevo haciendo las prácticas muy pocas veces había visto a un enfermero involucrarse tan directamente con la familia e intentar ‘instruirlos’ de alguna manera para favorecer la salud del familiar y los cuidados que posteriormente pueda necesitar. Creo que es una labor muy importante que deberíamos hacer más a menudo. Debemos de perder [ocupar] tiempo con el paciente, pero también con las familias que están día a día, ya que de una manera u otra ellos también son partícipes, de alguna manera, de la mejoría del paciente”.

Informante: 2_005

“Pero lo que más me gusta es la educación sanitaria que allí dan los enfermeros a los padres de los ‘peques’. A lo largo de la semana vienen muchos niños hemofílicos y bastante pequeños a pincharse el factor de coagulación, en las primeras consultas los enfermeros les explican cómo se prepara el factor a los padres; los cuales siempre lo preparan, pero como los niños aún son pequeños y es un poco complicado de administrar, lo hacen los enfermeros; para ello van todos los días que lo tengan pautado a lo largo de la semana”.

Informante: 2_057

5.3.5.4 Contexto de cuidados

Esta categoría recogió fragmentos de Eventos Notables que reflejan o describen el contexto en el que se desarrolla el cuidado. Se hallaron referencias relativas a esta categoría en los relatos de 47 estudiantes. A su vez se crearon 2 subcategorías: ‘Entorno de cuidados’ y ‘Relaciones con el equipo’. Del total de referencias analizadas el 15 % pertenecían a esta categoría.

A continuación, se muestran descripciones que el alumnado realizó de los servicios por los que había rotado durante sus prácticas. Se puede ver en estos fragmentos no solo la descripción de la estructura física de las unidades, sino también el funcionamiento del servicio, la organización de los espacios y los roles de los profesionales.

“La UCI, contrariamente a su nombre, puede ser un lugar muy inhóspito para sus pacientes, no sólo por la delicada situación de salud en la que suelen hallarse, sino también por las características físicas del espacio y las excepcionales circunstancias en que se enmarca debidas a las normas que la regulan. Visitas limitadas a media hora por la mañana y otra media por la tarde, numeroso y desconocido personal sanitario entrando y saliendo continuamente de la habitación, decorada con nada más que paredes blancas y material hospitalario y amenizada con la desagradable, repetitiva y estresante banda sonora de las alarmas de bombas de perfusión y monitores. Con este panorama desolador tienen los pacientes que remontan su estado sin menos ni más ni otra ayuda que esos Cuidados Intensivos expresados en un estricto control de sus constantes, tratamientos y respuesta a los mismos, y una permanente atención a sus necesidades básicas por parte del bien intencionado y bien formado personal que allí trabaja”.

Informante: 2_019

“El servicio de hemodiálisis es muy completo, los riñones artificiales parecen muy complejos, al igual que los cuidados por parte de enfermería. [...]. El personal se organiza principalmente en dos salas. La sala A y la sala B. La sala A es la más grande, ya que puede acoger hasta 12 pacientes, en comparación con la sala B que solo puede utilizarse para un máximo de 3 pacientes. Independientemente de estas dos salas descritas, las enfermeras/os también se organizan para cubrir la sala de agudos (pacientes a los que se les dializa de forma puntual, por determinadas situaciones renales, diferentes en cada uno de ellos) en el caso de que los hubiese. [...] el trabajo de las enfermeras de hemodiálisis, no solo se limita al servicio o planta en la que están. El personal de hemodiálisis, en el que incluyo a las enfermeras/os y a las auxiliares de enfermería, tiene que desplazarse a la UCI, para dializar a los pacientes de dicha unidad, que no pueden ser desplazados hasta el servicio de hemodiálisis”.

Informante: 2_028

“[...] el quirófano me parece un lugar muy frío y no solo por la temperatura del ambiente, sino por el trato de enfermeros y cirujanos con los pacientes”.

Informante: 2_035

“[...] como todo el mundo va del mismo color vestido, el paciente no sabe quién le está atendiendo, si un celador, el cirujano, el anestesista, la enfermera [...]”.

Informante: 2_037

“La sala de vitales de urgencias es donde se acoge a las personas que más graves están y mayores riesgos tienen, que pueden venir en ambulancia o bien ser identificados en el triaje. Tanto los médicos como los enfermeros y auxiliares, lo que hacen es estabilizar al paciente”.

Informante: 2_061

Por último, respecto de esta subcategoría cabe destacar el relato de una alumna preocupada por el medio ambiente y los residuos generados por la asistencia sanitaria en el hospital.

“Una de las cosas que más me ha llamado la atención es la cantidad de agua y basura, entre otras cosas, que se tira en el hospital. Nunca me había parado a fijarme y quizás no sea lo más interesante del mundo, pero he alucinado. Cada vez que una persona se lava las manos para esterilizarse, está al menos 5 minutos con el grifo abierto, sin parar de caer agua. Solo en una operación se generan un montón de residuos plásticos. Entre los paquetes de gasas, compresas, guantes, sábanas, batas, los botes de povidona yodada o agua oxigenada, las propias sábanas ... en fin, un montón de plástico que no se recicla. Yo entiendo que en una operación no puede faltar de nada y que la esterilización es algo muy importante, pero si todos pusiésemos un poco de nuestra parte, podríamos cambiar las cosas. Yo he visto a profesionales malgastando un montón de material, cuando no tendría por qué ser así. [...] creo que podrían cambiar las cosas si mirásemos un poquito más por el entorno y por las siguientes generaciones y no solo por nuestro bien”.

Informante: 2_070

En cuanto a la subcategoría ‘Relaciones con el equipo’ podemos encontrar dos tipos de fragmentos unos en los que las relaciones favorecen el cuidado y su aprendizaje y otras en las que las relaciones lo dificultan o lo imposibilitan.

Dentro de las relaciones favorecedoras, se observan escenas en las que se describe un adecuado trabajo en equipo, una buena acogida del alumnado o de profesionales nuevos en un servicio y situaciones en las que los profesionales explican, lo que favorece el aprendizaje.

“Con las enfermeras todo han sido experiencias positivas, me he sentido muy bien acogida y han estado muy pendientes de mí, sobre todo al principio para, después de semanas, darme la confianza de hacerlo por mí misma con su ‘supervisión a distancia”.

Informante: 2_004

“Me llamó mucho la atención lo bien compenetrados que están los sanitarios, desde el celador hasta el facultativo. Todos se compenetraron para intentar ayudar a la enfermera responsable del paciente y al mismo paciente”.

Informante: 2_005

“Entró a trabajar una enfermera nueva, me llamó la atención como todos se implicaban en su aprendizaje y en aclararle todas las dudas que tenía”.

Informante: 2_005

“El primer día del módulo, mi profesora asociada me buscó y, mirando qué enfermeras estaban esa mañana en el servicio, le pidió a una compañera si le importaba tutelarme ese día, a lo que ella accedió encantada. Noté una predisposición absoluta por su parte a dejarme ser partícipe de los cuidados y las técnicas, un gran afán de enseñar por su parte en cada momento, con la realización de cada técnica, con cada valoración que le hacíamos al paciente ella me daba algún consejo para mejorar o me felicitaba por un trabajo bien hecho”.

Informante: 2_008

“Una de las cosas que más me sorprendió la primera semana fue la implicación y la forma de trabajar en grupo por parte de enfermeras, celadores, y auxiliares de enfermería al realizar por ejemplo la higiene del paciente”.

Informante: 2_018

“[...] cuando hay mucha carga de trabajo [...] los enfermeros que se encargan de los aislamientos y la reevaluación [...] ayudan a los enfermeros de cada equipo para que no se sobrecarguen [...]”.

Informante: 2_024

“El clima laboral es muy bueno al igual que las relaciones entre los trabajadores. Hemos trabajado en un clima muy confortable de compañerismo, cualquier duda que he tenido me la han resuelto rápidamente”.

Informante: 2_053

“Había tres médicos, tres enfermeras y dos auxiliares. Todos pendientes del paciente [...]. Todos sabían cómo tenían que actuar y qué hacer. Muchas veces se adelantaban a las órdenes de los médicos. Pero lo que más me sorprendió fue que no me dejaron en una esquina viendo, sino que me hicieron participe también”.

Informante: 2_060

Por otro lado, se encontraron escenas en las que el alumnado detectó situaciones de tensión y malestar en los equipos mediadas, en muchos casos, por una marcada jerarquía que no permite trabajar coordinadamente a los diferentes profesionales. También se hallaron diferentes relatos en los que el alumnado se sentía poco acogido por los profesionales, bien de enfermería o de otras categorías, o en los que de forma más o menos explícita el profesional se negaba a formar al alumnado no favoreciendo su aprendizaje ni la adquisición de habilidades.

“Creo que no se tiene en cuenta alguna vez el criterio enfermero, no se dan cuenta que pasamos muchas más horas al lado de los pacientes que ellos y que los conocemos bastante bien como para que nos hagan caso y den valor a nuestras palabras”.

Informante: 2_005

“Como estudiantes, muchas veces, no podemos ofrecer todo nuestro conocimiento a veces por miedo a represalias, por sentirse las profesionales atacadas, y otras por falta de seguridad [...]”.

Informante: 2_008

“Es bastante deprimente llegar a un lugar nuevo con ganas de aprenderlo todo y ver esa desidia en alguien que se supone que te tiene que enseñar”.

Informante: 2_022

“Cuando lo entraron a urgencias, se montó una disputa entre una de las enfermeras y un técnico de ambulancia sobre cuál era la mejor técnica para trasladar al paciente de la camilla en la que estaba a la del hospital. Empezaron a gritar delante de todas las urgencias [...]. Me pareció una actuación poco profesional [...]. Además del efecto negativo que esto pudo tener en el paciente respecto de su confianza en nosotros”.

Informante: 2_025

“A final de la semana me pusieron a instrumentar en una hernia, estaba muy nerviosa porque nunca había instrumentado y tan solo llevaba una semana en este quirófano. Durante la intervención el cirujano me pidió un instrumento y yo me bloqueé y tardé en dárselo. Él se enfureció y me ridiculizó delante de enfermeras y estudiantes de medicina”.

Informante: 2_035

“[...] un anestésista se creyese con el derecho de gritarnos y humillarnos al equipo de enfermería”.

Informante: 2_043

“[...] la enfermera estaba muy agobiada porque no daba abasto con todos los pacientes [...]. El clima laboral era tenso y desesperante ya que ambas profesionales [enfermera y auxiliar de enfermería] no tenían buena relación entre ellas [...]. No existía un ambiente relajado y agradable”.

Informante: 2_047

“Observo cómo un cirujano grita a la enfermera instrumentista porque un material de la caja faltaba. No es un ambiente agradable”.

Informante: 2_048

“[...] la responsable de mi quirófano me dijo que no iba a explicarme nada porque estaba cansada de explicar las cosas a trabajadores y estudiantes [...]”.

Informante: 2_050

5.3.5.5 Profesionalización

Se hallaron referencias relativas a la categoría ‘Profesionalización’ en los Eventos Notables de 28 estudiantes. A continuación, se muestran algunos ejemplos de estos fragmentos en los que puede verse como el alumnado expresó capacidad para desenvolverse de forma autónoma en los diferentes contextos de cuidados en los que realizaron las prácticas y como esa autonomía y evolución les hacía verse como profesionales.

“He sido capaz o han confiado en mí lo suficiente, para llevar un paciente desde su ingreso hasta su alta en la CMA”.

Informante: 2_006

"[...] me he sentido muy útil y realizado, porque he notado que las enfermeras, poco a poco, conforme iba adquiriendo más conocimientos, han delegado más en mí y han confiado más en mis acciones. La sensación de ir creciendo como profesional es difícil de describir, pero merece el esfuerzo".

Informante: 2_028

"El personal de enfermería ya confía más en mi trabajo y me dejan atender por completo a cada paciente y realizar todas las tareas de enfermería tanto en la acogida como en el despertar si no surge ningún problema o dificultad específicos. Esto me hace sentir muy contenta y orgullosa de mis progresos porque significa que he aprendido mucho sobre las atenciones y cuidados de enfermería en esta parte del proceso quirúrgico".

Informante: 2_049

"Hoy me han propuesto llevar a un neonato yo sola, como si me encargara yo exclusivamente de él. Me ha gustado la idea ya que es como realmente vas a trabajar. Es un voto de confianza que te ayuda a tener más interés por tu futura profesión".

Informante: 2_053

"En mi última semana de prácticas noté mi gran progreso desde que empecé el rotatorio en noviembre. Me he dado cuenta de que ya actuaba como cualquiera de las otras tres enfermeras que estaban conmigo en el quirófano y que he aprendido a desenvolverme en diferentes situaciones que al principio no sabía cómo abordar".

Informante: 2_076

Destacan además algunas referencias a la vocación como puede verse en los siguientes ejemplos.

"[...] me doy cuenta del tipo de enfermera que quiero ser. Tener la ilusión cada mañana de despertarme para ir a mi trabajo, con ganas de cuidar a la gente y dar lo mejor de mí por mis pacientes y disfrutar de lo que hago, ya que es una profesión completamente vocacional".

Informante: 2_010

"En definitiva, han sido unas prácticas en las que no he parado de trabajar y aprender donde, de momento, más he aprendido como futuro Enfermero y he podido confirmar que esta es mi verdadera vocación".

Informante: 2_023

También para esta categoría se han observado algunos fragmentos en los que lo que destaca es el deseo de aprendizaje, de reflexión y de reconocimiento de los propios errores.

"De esta experiencia aprendí que yo sé lo que valgo y en ningún momento si creo que algo se está haciendo mal debo permitir que ocurra, al menos si yo estoy al cargo, a partir de este caso soy yo la que marca el ritmo diciendo qué hacemos en cada caso, controlando el monitor y esperando a que el paciente se recupere pase lo que pase. Y de verdad que me arrepiento de no haber guiado bien a esa auxiliar por hacerme pequeña y dejarme llevar siendo que soy yo la que tenía que saber qué hacer, creedme que jamás volveré a cometer esos errores ni los he vuelto a cometer".

Informante: 2_007

“Fue un fallo muy grande, pero el reflexionar sobre ello me ha hecho sentir un poco mejor, tengo claro cómo puedo mejorar, y muchas ganas de poder hacerlo”.

Informante: 2_040

“[...] tengo muchísimas ganas de aprender cosas nuevas para seguir formándome como enfermera”.

Informante: 2_049

“Me he hecho el propósito de buscar estudios sobre esto que seguro que los hay e investigar un poco sobre el tema”.

Informante: 2_078

5.3.5.6 Reconocimiento

Un total de 26 estudiantes recogieron en sus narrativas referencias relativas al reconocimiento. Para esta categoría la mayoría de las referencias halladas expresaban el agradecimiento de familiares y pacientes hacia las personas que les cuidan. Sirvan como ejemplo:

“De estos días destaco, sobre todo, el agradecimiento que muestran los pacientes cuando vas a visitarlos para preguntarles que tal están. Había un paciente bastante mayor, de Huesca, por lo que hasta que no fuera trasladado su familia no podía estar todo el día con él, así que cuando íbamos a visitarle nos lo agradecía enormemente”.

Informante: 2_014

“Por último, cabe destacar que muchos de los pacientes que habían pasado por esta unidad vuelven de visita agradeciendo la implicación y la amabilidad de cada uno de los profesionales”.

Informante: 2_018

“En los horarios de visitas [...] es común que los familiares se acerquen al control para agradecer tus cuidados”.

Informante: 2_027

“[...] cuando se despidió al irse a la habitación me agradeció el trato recibido. Ella pensaba que era enfermero titulado, pero, cuando le dije que era estudiante, me animó a que tratara a los demás pacientes como le había tratado a ella”.

Informante: 2_036

“[...] me dijo que yo sería una gran enfermera. Que alguien ajeno al hospital reconozca que haces bien tu trabajo y que llegarás a ser muy buena profesional por cómo le traté, me hizo sentir realmente bien”.

Informante: 2_049

De forma puntual, hay tres fragmentos algo diferentes. En los dos primeros las enfermeras reconocen el trabajo realizado por las alumnas. En el tercero puede observarse como lo que señaló la alumna es la admiración por cómo se comportó una enfermera a la que le reconoce su praxis.

“[...] mi enfermera me mandó a casa, me sonrió y me dio las gracias por todo lo que la había ayudado”.

Informante: 2_035

“[...] las enfermeras me dijeron que lo había hecho muy bien [...]”.

Informante: 2_060

“Al acabar la intervención cuando ya estábamos recogiendo el quirófano le he dicho a la enfermera lo mucho que me había gustado su comportamiento y su valentía, que la admiraba por ello”.

Informante: 2_067

5.3.5.7 Emociones

La última de las categorías que se generaron a partir del análisis de los Eventos Notables fue la de ‘Emociones’. En ella fueron agrupados fragmentos en los que el alumnado asociaba emociones y sentimientos a las situaciones vividas durante sus prácticas clínicas. En esta ocasión identificaron esta categoría un total de 36 estudiantes y los fragmentos supusieron, aproximadamente, el 15 % de las referencias extraídas.

Predominaron expresiones relativas al estrés y nerviosismo o al impacto y sorpresa que les generaban las situaciones nuevas o los servicios por los que estaban rotando.

“El caso de Mercedes me impactó mucho la verdad, fue una de las primeras mujeres que vi al llegar al servicio de la UCI coronaria”.

Informante: 2_007

“En la última semana murió una paciente que había estado desde que empezamos las prácticas y que estaba muy mala, fue algo que me impresiono mucho”.

Informante: 2_012

“[...] estaba muy nerviosa, tanto por mi inexperiencia como por la complicación del tipo de paciente”.

Informante: 2_025

“Me impactó mucho ver a una persona sin piel y ver el resultado de una quemadura tan grande”.

Informante: 2_026

“[...] con la primera estaba un poco nervioso [...]”.

Informante: 2_028

“Me doy cuenta de que el haber estado en el quirófano ha supuesto una situación algo estresante para mí ya que de por sí un quirófano con todo lo que ello conlleva supone una responsabilidad importante [...]”.

Informante: 2_058

“Estoy en la UCI un servicio en bastantes momentos muy agobiante y estresante porque son enfermos muy delicados [...]”.

Informante: 2_060

“Era la primera vez que entraba en una UCI por lo que me impactó bastante ver cómo estaba en coma inducido, intubada y conectada al respirador artificial”.

Informante: 2_073

También destacan situaciones en las que el alumnado ha referido sentirse alegre, orgulloso, realizado, útil, sereno o confiado.

“El día que esta paciente comenzó a hablar e incluso a sentarse me alegré mucho”.

Informante: 2_026

“Sus palabras me animaron mucho, hicieron que me sintiera realizada y bien conmigo misma”.

Informante: 2_035

“[...] logré encontrar la serenidad que pensaba que era inexistente”.

Informante: 2_047

“Esto me hace sentir muy contenta y orgullosa [...]”.

Informante: 2_049

“Siento que poco a poco voy cogiendo más confianza y seguridad [...]”.

Informante: 2_060

“[...] me sentí más ‘útil’ [...]”

Informante: 2_072

“[...] ahora que ya llevo 2 semanas estoy un poco más relajada”.

Informante: 2_078

Menos frecuentes fueron otras expresiones relativas a sentimientos de enfado, frustración, impotencia o tristeza.

“Esto produjo en todos los que estábamos atendiéndolo mucha tristeza [...]”.

Informante: 2_003

“[...] él por no poder hablar y yo por no poder entenderle, cosa que era muy frustrante para mí [...]”.

Informante: 2_007

“Es la primera vez que lo he pasado realmente mal por un paciente. Impotente”.

Informante: 2_022

“[...] me desanimó mucho lo que pasó la anterior mañana [...]”.

Informante: 2_035

“Me frustré y enfadé muchísimo [...]”.

Informante: 2_043

“A mí se me partió el corazón [...]”.

Informante: 2_064

“No me he podido ir más desilusionada de este sitio”.

Informante: 2_067

5.3.5.8 Relación de los ítems de la escala CIBISA con las categorías del análisis de los Eventos Notables

Como puede verse en el análisis anterior, la categoría ‘Bienestar’ recogió fragmentos que se relacionan con los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21 y 22 de la escala CIBISA. Esto supone más del 50 % de los ítems de la escala. Además, habría que añadir el ítem 20 que en la subcategoría ‘Falta de bienestar’ quedó reflejado, aunque de forma inversa; es decir, el alumnado identificó que no se respondía rápidamente a la llamada del paciente. Los ítems de la escala que se asocian con la categoría ‘Seguridad’ son el 17, el 18 y el 19. Además, se hallaron fragmentos vinculados a los ítems 8, 20 y 21 que también se relacionan con la categoría ‘Bienestar’. Los fragmentos recogidos en la categoría ‘Autonomía’ hicieron referencia a los ítems 23 y 24. También algunos fragmentos pueden relacionarse con el ítem 26. Sin embargo, no se hallaron referencias en los Eventos Notables relativas a los ítems 25 y 27, que también se consideran cercanos a esta categoría. En ‘Contexto de

cuidados' se halló una referencia al ítem 28 de la escala en la que se hablaba del uniforme y la identificación de los profesionales. El ítem 3 de la escala podría relacionarse con la categoría 'Emociones' por las expresiones halladas relativas a la serenidad. Como ha podido verse a lo largo de todo el análisis los ítems 9, 10, 25 y 27 son los que no quedaron reflejados en ninguno de los relatos del alumnado. Por último, las categorías 'Reconocimiento' y 'Profesionalización' no se relacionaron con ningún ítem de la escala CIBISA. La Tabla 5-5 muestra, de forma resumida, cómo se relacionan los ítems de la escala CIBISA con las diferentes categorías.

Tabla 5-5

Relación de los ítems de la escala CIBISA con las categorías extraídas del análisis de los Eventos Notables

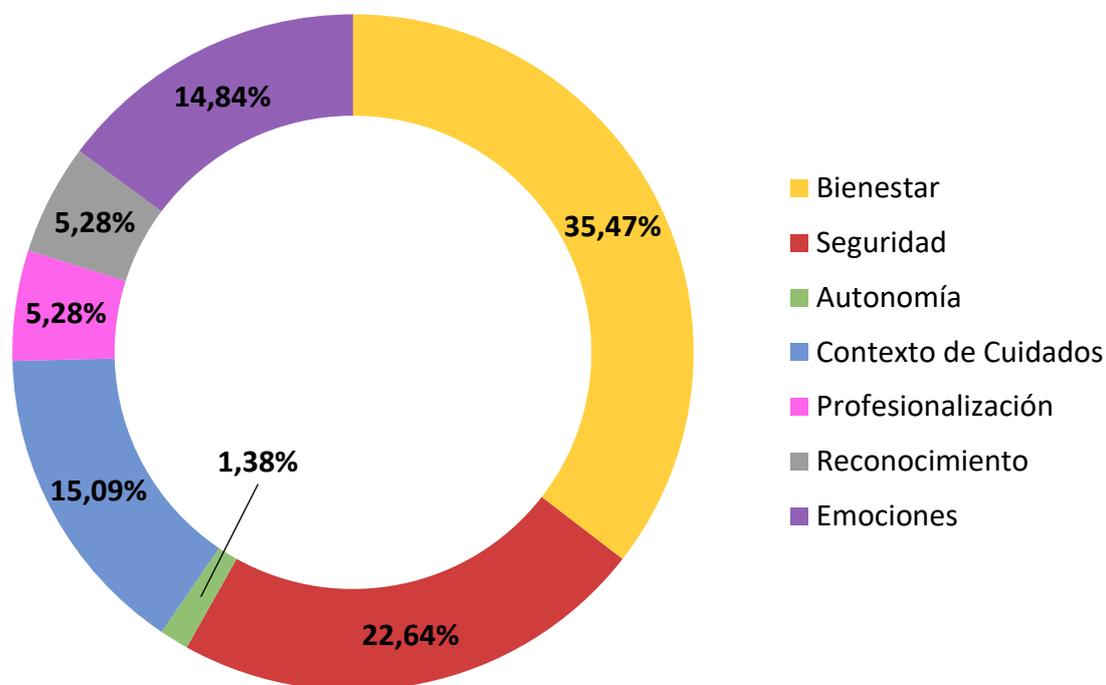
Categoría	Ítems
Bienestar	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21 y 22.
Seguridad	8, 17, 18, 19, 20 y 21.
Autonomía	23, 24 y 26.
Emociones	3.
Contexto de cuidados	28.
Sin categoría	9, 10, 25 y 27.

5.3.5.9 Análisis de las categorías en función del sexo, el lugar de prácticas, la cohorte y la puntuación en la escala CIBISA

Desde un punto de vista cuantitativo se realizó un recuento del número de referencias para cada una de las categorías extraídas del análisis de contenido (Figura 5-4). De este recuento cabe destacar que las categorías con un mayor número de referencias fueron las de 'Bienestar' (35,5 %) y 'Seguridad' (22,6 %), frente a la de 'Autonomía' que, únicamente, recogieron un 1,4 % de las referencias.

Figura 5-4

Porcentaje de referencias totales en cada una de las categorías extraídas del análisis de contenido



También se realizó este recuento de referencias en cada categoría teniendo en cuenta el sexo, el servicio de prácticas, la cohorte a la que pertenecía el alumnado y la puntuación media obtenida en la escala CIBISA en su segunda medición (Tablas 5-6, 5-7, 5-8 y 5-9). De la misma manera que en el recuento global, las categorías con mayor número de referencias fueron las de ‘Bienestar’ y ‘Seguridad’ frente a la categoría de ‘Autonomía’, independientemente del criterio de clasificación empleado (sexo, lugar de prácticas, cohorte o puntuación media de la escala). No obstante, sí que se apreciaron diferencias importantes en algunas categorías en función de estos criterios. Por ejemplo, el porcentaje de referencias relativas a las categorías de ‘Seguridad’ y ‘Reconocimiento’ es mayor en los Eventos Notables que relatan los hombres que en los que realizan las mujeres que tienen un porcentaje mayor de referencias que los hombres en la categoría ‘Emociones’.

Tabla 5-6

Número y porcentaje de referencias totales en cada una de las categorías extraídas del análisis de contenido en función del sexo

Categorías	Mujer		Hombre	
	n.º	%	n.º	%
Bienestar	241	35,5	41	35,3
Seguridad	146	21,5	34	29,3
Autonomía	10	1,5	1	0,9
Contexto de Cuidados	102	15,0	18	15,5
Profesionalización	36	5,3	6	5,2
Reconocimiento	33	4,9	9	7,8
Emociones	111	16,4	7	6,0
Totales	679	100	116	100

Nota: n.º: número de referencias; %: porcentaje de referencias.

Tabla 5-7

Número y porcentaje de referencias totales en cada una de las categorías extraídas del análisis de contenido en función del servicio de prácticas

Categorías	UCI		Quirófano		Urgencias		Hemodiálisis	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Bienestar	90	38,5	132	34,4	48	34,5	12	31,6
Seguridad	44	18,8	85	22,1	38	27,3	13	34,2
Autonomía	4	1,7	1	0,3	6	4,3	0	0,0
Contexto de Cuidados	36	15,4	59	15,4	21	15,1	4	10,5
Profesionalización	9	3,9	26	6,8	6	4,3	1	2,6
Reconocimiento	20	8,6	17	4,4	5	3,6	0	0,0
Emociones	31	13,3	64	16,7	15	11,8	8	21,1
Totales	234	100	384	100	139	100	38	100

Nota: n.º: número de referencias; %: porcentaje de referencias; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Tabla 5-8

Número y porcentaje de referencias totales en cada una de las categorías extraídas del análisis de contenido en función de la cohorte a la que pertenece el alumnado

Categorías	15/16		16/17	
	n.º	%	n.º	%
Bienestar	204	42,2	78	25,1
Seguridad	100	20,7	80	25,7
Autonomía	5	1,0	6	1,9
Contexto de Cuidados	68	14,1	52	16,7
Profesionalización	21	4,3	21	6,8
Reconocimiento	31	6,4	11	3,5
Emociones	55	11,4	63	20,3
Totales	484	100	311	100

Nota: n.º: número de referencias; %: porcentaje de referencias.

Tabla 5-9

Número y porcentaje de referencias totales en cada una de las categorías extraídas del análisis de contenido en función de la puntuación media de la escala CIBISA en su segunda medición

Categorías	Por encima de la media*		Por debajo de la media*	
	n.º	%	n.º	%
Bienestar	149	34,3	133	36,9
Seguridad	95	21,8	85	23,6
Autonomía	7	1,6	4	1,1
Contexto de Cuidados	66	15,2	54	15,0
Profesionalización	20	4,6	22	6,1
Reconocimiento	21	4,8	21	5,8
Emociones	77	17,7	41	11,4
Totales	435	100	360	100

Nota: n.º: número de referencias; %: porcentaje de referencias. *El valor medio de la escala para la segunda medición fue de 3,2 puntos.

En cuanto a las diferencias halladas en función del lugar de prácticas, cabe destacar que en el servicio de UCI es en el que, porcentualmente, más referencias relativas al 'Bienestar' se hallaron frente al servicio de Hemodiálisis que es en el que menos se referenció esta categoría. Algo similar ocurrió en la categoría 'Contexto de cuidados' donde todos los servicios obtuvieron resultados similares frente al de Hemodiálisis que ha puntuado menos. Ocorre lo contrario para la categoría 'Seguridad'. También es llamativo que en el servicio de Hemodiálisis no se hallaron referencias relativas a las categorías 'Autonomía' ni 'Reconocimiento'. Hay que destacar que es en Urgencias donde se han hallado un porcentaje de referencias muy superior en la categoría 'Autonomía' frente al resto de servicios. Además, es reseñable que la categoría 'Reconocimiento' se referenció con mayor frecuencia en la UCI y que las referencias de 'Profesionalización' fueron más habituales en el Quirófano.

El alumnado del curso 15/16 tuvo un mayor porcentaje de referencias relativas al 'Bienestar' en sus Eventos Notables frente a los del curso 16/17. Mientras que estos últimos referencian con mayor frecuencia aspectos relativos a las 'Emociones', la 'Seguridad' o el 'Contexto de cuidados' que los del curso 15/16.

Por último, no hubo grandes diferencias en el porcentaje de referencias de cada categoría en función de la puntuación media de la escala CIBISA en su segunda medición como puede observarse en la Tabla 5-9. La diferencia más llamativa fue en la categoría 'Emociones' que fue referenciada, porcentualmente, en más ocasiones por el alumnado con una puntuación por encima de la media.

5.3.6 El grupo de discusión

En el grupo de discusión participaron un total de siete estudiantes, 6 mujeres y 1 hombre, de edades comprendidas entre los 22 y los 27 años y que pertenecían al tercer curso de Grado de Enfermería de la EUE-SJD durante el curso 2015/2016 (Tabla 5-10).

Tabla 5-10

Descripción del alumnado participante en el grupo de discusión

Estudiante	Edad (años)	Sexo	Lugar de prácticas
Elena	22	Mujer	Atención Primaria
Javier	22	Hombre	Unidad de Hospitalización (Traumatología)
Aida	27	Mujer	Comunidad Terapéutica (Salud Mental)
Cristina	22	Mujer	Unidad de Hospitalización (Psiquiatría)
Virginia	22	Mujer	Unidad de Salud Mental Comunitaria
Pilar	24	Mujer	Atención Primaria
Ana	25	Mujer	Unidad de Hospitalización (Psiquiatría)

Uno de los aspectos que se abordó durante el grupo de discusión fue la utilidad que había tenido el uso de la escala para el alumnado. Los participantes indicaron que la escala les permitió, fundamentalmente, poner atención en los aspectos del cuidado indicados en cada ítem y, en consecuencia, ponerlos en práctica.

“Afianzar los conocimientos de siempre [se refiere a contenidos teóricos adquiridos durante la carrera y enfocados en el cuidado invisible] [...] y que lo tengamos siempre presente”.

Informante: Javier

“La autocrítica [...] vas viendo si lo haces o no lo haces, si tienes que potenciarlo o no [se refiere a los ítems de la escala, es decir a determinadas acciones encaminadas a cuidar]. [...]. Te sirve para saber lo que estás haciendo”.

Informante: Ana

“Tú ves algo y dices que a lo mejor no has hecho esto, porque yo ahora he empezado a hacerlo y es como que te incita a hacer cosas que aún no has hecho”.

Informante: Pilar

“Ves los puntos en los que tienes que mejorar”.

Informante: Aida

“Te ayuda a darte cuenta de eso, que realmente lo que creemos que es algo que se da por hecho es importante y tiene muchas repercusiones si no se hace”.

Informante: Ana

“También al ir leyendo cada uno de los ítems, como dice ella, lees cosas que das por sentado. Estaba pensando en casos concretos. Te lo vas aprendiendo para tus hábitos diarios, al final, en la última escala ves que has mejorado y además lo refrescas”.

Informante: Virginia

“Yo creo que principalmente te da como ideas. Hay algunas cosas que las leo y no se me habían ocurrido hacer, otras cosas sí, pero otras muchas piensas en hacerlo a partir de ahora. [...] Hasta que no lo leí no se me había ocurrido a mí tampoco”.

Informante: Elena

El alumnado que participó en el grupo de discusión también apuntó la utilidad de hacer el cuestionario en varias ocasiones.

“Como lo tienes que hacer dos veces vas viendo cómo empiezas y cómo terminas, en lo que hemos evolucionado, en lo que no, si lo estás haciendo bien desde el principio o si tienes que corregir”.

Informante: Ana

“Contribuye a ver la evolución de los alumnos de prácticas desde la primera semana hasta la última. Para ver si ha mejorado o tiene que mejorar”.

Informante: Aida

Además, se abordó la temática del uso de la escala junto a los Eventos Notables y el alumnado los valoró como elementos evaluativos complementarios.

“Yo creo que demuestra cómo te has sentido y cómo no [...] complementa”.

Informante: Pilar

“Yo creo que complementa [...] es como si contamos nuestra experiencia en global relacionamos así todos los ítems, y cómo ha sido este hecho, de forma así genérica”.

Informante: Cristina

“Como un complemento”.

Informante: Aida

Durante el grupo de discusión los participantes relataron algunas situaciones vividas en las prácticas, a modo de Eventos Notables, en las que se reflejaban las categorías establecidas en el análisis de contenido de los relatos del alumnado de UNIZAR. Además, el grupo de discusión permitió identificar fragmentos asociados a algunos ítems de la escala que en el análisis de los Eventos Notables del alumnado de UNIZAR no se habían identificado. En concreto, respecto del ítem 9 de la escala y que se vincula a la categoría ‘Bienestar’, y de los ítems 25 y 27 asociados a la categoría ‘Autonomía’.

“Esto en primaria, un montón [se refiere a concertar las citas]. Como no lo hicieras ya no venían más. No tenías más remedio. Negociar mucho, sobre todo con los diabéticos y los hipertensos. Era todo el rato un tira y afloja”.

Informante: Elena

“Allí en la planta había unos horarios determinados. Había flexibilidad, pero a lo mejor en casos muy especiales con pacientes muy determinados”.

Informante: Pilar

“Allí [en Unidad de Salud Mental Comunitaria] sí era muy importante porque si no negociabas la cita con el paciente y se la imponías, lo perdías”.

Informante: Virginia

“Yo, por ejemplo, mientras que le estás haciendo la analítica [el paciente] te está diciendo: ‘Quiero decirle esto al psiquiatra, pero ¿cómo se lo digo?’ o ‘¿qué es lo que tengo que decirle exactamente?’ o ‘¿por qué no vienes tú conmigo?’. Los enfermeros les decían ‘¿cómo voy a ir yo contigo! No, se lo dices así...’”.

Informante: Ana

“Dos veces a la semana, donde yo estaba, por la tarde había grupos de autoayuda [...]”.

Informante: Ana

El grupo explicitó que había experimentado algunas dificultades al cumplimentar la escala. Sobre todo, lo que señalaron es que algunos ítems no eran apropiados para el lugar en el que estaban realizando las prácticas. En estos casos indicaron que habían puntuado el ítem con la puntuación más baja, pero no porque no tuvieran presente que es un cuidado que se debía hacer sino porque no era posible realizarlo. Por ejemplo:

“No van a tener una información verídica de cada día, porque por ejemplo ‘mi vestuario me identifica como enfermero’, vale es que yo no te puedo poner un cinco, porque yo iba vestida de calle, yo te pongo un uno, ¿eso qué quiere decir?, ¿Que yo no me visto adecuadamente?, o que allí no... sabes. Esto si lo lee una persona es de un uno a un cinco, ella no sabe porque yo no me visto adecuadamente. Entonces no permite valorarlo bien”.

Informante: Ana

Además, el ítem 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’; les generó problemas para responderlo por la parte relativa a la modificación de la pauta farmacológica. Aunque parte del alumnado lo identificó como una práctica habitual, otra lo veía un problema. Parece que también dependía del equipo de sanitarios en el que se planteaba esta situación. Sin embargo, en general, las y los participantes en el grupo de discusión valoraron como un problema esa parte de modificar dosis de fármaco prescrita, aunque sí les parecía apropiada la

primera parte del ítem relativa a individualizar los cuidados o tener en cuenta las necesidades del paciente.

“Te confunde, porque lees el principio, ¿no? y dice ‘Las necesidades’, yo actúo en consecuencia, pues claro ¿no?, pero después sigues leyendo [...]”.

Informante: Javier

“Es que depende de cómo lo interpretes, porque, por ejemplo, nosotros cuando estábamos en urgencias, la furosemida dependía de la tensión arterial, y yo eso no le preguntaba a nadie, si veía que tenía la tensión baja no se la ponía y ya está”.

Informante: Elena

“Yo la quitaría, porque creo que es un poco meterse donde ... Yo pondría ‘Tengo en cuenta las necesidades del paciente’, y ya está”.

Informante: Aida

Por último, parece importante destacar dos aspectos ajenos al análisis pero que resultan de interés. Por un lado, los participantes en el grupo de discusión identificaron momentos en los que existe cierta disonancia entre lo aprendido en la universidad y la praxis habitual experimentada u observada en el área asistencial. Unas disonancias que el alumnado de UNIZAR también dejó entrever al hacer referencia a aspectos relativos a la ‘Falta de bienestar’ o a la ‘Falta de seguridad’.

“[...] ya, pero en estos años me han estado siempre enseñando todo lo contrario y como que me choca un poco”.

Informante: Ana

Por otro lado, es llamativa la referencia de una alumna al reconocimiento de otros profesionales de cierta predisposición a prestar atención al cuidado invisible o humanizado por parte del alumnado lo que genera cierta sensación de pertenencia a un grupo, en este caso a una escuela.

“Aun así, con ese tema [hace referencia al tacto como forma de cuidar], hay mucha diferencia entre los estudiantes que venimos de San Juan de Dios y los demás. Los propios enfermeros te lo dicen ‘es que se nota que sois de San Juan de Dios porque lleváis una técnica distinta’, como más humana. Yo he coincidido en la mayoría de los sitios con gente de Valme y Virgen del Rocío [son otros centros universitarios] y es totalmente distinto”.

Informante: Ana

5.4 DISCUSIÓN

5.4.1 Fiabilidad de la escala CIBISA

La escala CIBISA ha demostrado poseer una adecuada consistencia interna en este contexto evaluativo (Argimon Pallás y Jiménez Villa, 2004; Celina Oviedo y Campo Arias, 2005; Cronbach, 1951; Sánchez-Villegas et al., 2008; Streiner, 2003) lo que es congruente con los datos reportados por el estudio de validación original (Urcola Pardo et al., 2017).

Los valores para el alfa de Cronbach son similares a los hallados en el estudio de validación (Urcola Pardo et al., 2017), 0,88 y 0,87 frente a 0,88. Estos valores son comparables, dado que la población analizada en ambos estudios está compuesta por alumnado de enfermería. Además, como se veía en el apartado de resultados, las variaciones para los valores de consistencia interna al retirar alguno de los ítems eran pequeñas lo que no justifica, desde un punto de vista estadístico, que deban eliminarse ítems de la escala.

5.4.2 La escala CIBISA

Este estudio muestra que a lo largo de las prácticas clínicas el alumnado de enfermería aumenta su nivel de aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles de manera significativa. Se puede pensar que esta mejoría no es atribuible, exclusivamente, al uso de la escala, dado que es lógico pensar que durante las estancias clínicas el alumnado se expone a situaciones en las que el cuidado está presente lo que les permite una progresiva ganancia de experiencia y un aumento en el nivel competencial del cuidado, independientemente de que la escala esté presente como instrumento autoevaluativo o no. Es decir, cabe la duda de si el aprendizaje viene determinado solo por el uso de la escala, por la realización de las prácticas clínicas o por la combinación de la escala con los Eventos Notables. Posiblemente, todo influya a que este aprendizaje se produzca. En cualquier caso, la escala es sensible a estas modificaciones y las detecta.

No obstante, la importancia del estudio no radica, exclusivamente, en este resultado sino más bien, en los elementos o dimensiones en los que mejoran los estudiantes. La perspectiva humanista que otorga la escala CIBISA a la medición del aprendizaje permite que el alumnado, al autoevaluarse, dé importancia a dimensiones del cuidado que de otra manera serían invisibles e inapreciables y que van más allá de la pericia técnica.

Es llamativo que la puntuación obtenida por el alumnado en la primera medición de este estudio, 2,68 (DE = 0,44), es sustancialmente más baja que las medias halladas en el estudio original (Urcola Pardo et al., 2017), situadas entre 3,13 (DE = 0,33) y 3,28 (DE = 0,22). Estas medidas, sin embargo, se aproximan más a las alcanzadas por los estudiantes en la segunda medición de este estudio, 3,22 (DE = 0,42), que puede considerarse una puntuación alta.

Por otro lado, es concordante con el estudio de validación de la escala (Urcola Pardo et al., 2017) la inexistencia de diferencias significativas en función de variables como el sexo, la edad o el lugar de prácticas (Urcola Pardo et al., 2017). Tampoco se hallaron diferencias en función de la cohorte a la que pertenecía el alumnado. Estos datos permiten corroborar que la escala es un instrumento adecuado para la medición del aprendizaje en cuidados en estudiantes de cualquier condición.

Sin embargo, respecto de la asociación entre las puntuaciones de la escala CIBISA y el sexo de los estudiantes resulta llamativo que no existan diferencias, ya que se entiende que el cuidado, como núcleo vertebrador de la profesión, es un constructo muy influido por el género (Fajardo Trasobares y Germán Bes, 2004; Germán Bes et al., 2015). No obstante, resultados similares a los obtenidos en este estudio los halló Gros Polo et al. (2019) que no observó diferencias en función del sexo, ni en el grupo de pacientes ni en el de enfermeras, que utilizaron la escala CIBISA, no como instrumento autoevaluativo, sino como medida de la percepción de cuidados. Sí se observaron estas diferencias en el estudio original de validación en la dimensión de seguridad donde los varones puntúan más alto lo que deja entrever la importancia de lo técnico en el colectivo masculino (Urcola Pardo et al., 2017). En la misma línea, Bustos Azócar et al. (2016) hallaron que las alumnas presentaban mayor

‘Disposición de ayuda’ que los estudiantes varones. Sin embargo, también apuntaba que, al no hallarse diferencias significativas en los otros dos factores emergentes, no se podía deducir que las mujeres presentaran una mayor habilidad de cuidado en comparación con los hombres.

Por otro lado, aunque con otra escala, Laborería Romances (2017) también reporta la existencia de diferencias en la percepción del cuidado entre hombres y mujeres enfermeras siendo ellas las que puntúan más alto en cuidados y ellos en liderazgo. Algo parecido concluía Huércanos Esparza (2011) en un estudio en el que afirmaba que los enfermeros de sexo masculino buscan lugares de trabajo en los que la técnica y el manejo de aparatos estén más presentes.

También fue de interés que no hubiera diferencias significativas en la puntuación media de la escala en su segunda medición en función del número de veces que se cumplimentó la escala. Hubiera sido deseable y esperable que las y los estudiantes que cumplimentaron la escala en más ocasiones hubieran obtenido puntuaciones más altas que aquellos que solo lo hicieron en dos ocasiones.

5.4.3 Los Eventos Notables

Como se ha comentado con anterioridad, los datos que reporta la escala CIBISA fueron complementados por la información obtenida a través de la narrativa de los Eventos Notables. Fue esta herramienta la que permitió cierta reflexión sobre lo aprendido durante las prácticas. Es el instrumento con el que la puntuación numérica de la escala se vio reforzada. De hecho, la inclusión de los Eventos Notables en la autoevaluación del alumnado de sus prácticas clínicas pone en valor lo propuesto por Miller (1990): “ningún instrumento de evaluación, por eficaz que sea, permite evaluar el total de la competencia de aprendizaje”; es decir, son necesarios varios instrumentos de medida para poder evaluar al estudiante. En este caso la escala CIBISA aporta lo concreto, lo cuantificable y lo objetivo, mientras que los Eventos Notables añaden lo reflexivo, lo intangible y lo subjetivo. Son dos instrumentos complementarios que ponen énfasis en algunas dimensiones del cuidado, y del aprendizaje de este, no evaluadas en otras rúbricas o sistemas evaluativos más centrados en objetivar el aprendizaje teórico o exclusivamente técnico.

El análisis de contenido, que partió del Triángulo de los Cuidados (Germán Bes, 2004) y del Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles (Hueso Navarro, 2015) como estructuras teóricas de referencia, encaja, evidentemente, con las dimensiones bienestar, seguridad y autonomía que forman parte de la estructura de estas teorías. Igualmente, el resto de las categorías, no establecidas a priori, también se ajustan a los modelos de cuidados que sustentan la escala CIBISA y que son descritos por sus autoras (Germán Bes, 2004; Germán Bes et al., 2015; Hueso Navarro, 2015) como variables contextuales, en este caso relativas al entorno de cuidados, al reconocimiento como cuidadoras y a las emociones y sentimientos del alumnado. Por otro lado, muchos de los fragmentos de cada categoría encajan con lo propuesto por Hueso Navarro (2015) en su marco conceptual del cuidado. Por ejemplo, se observan en los fragmentos analizados temáticas como: control del dolor, toma de medicación, curas, vigilancia, dar información, escucha, paciencia, empatía, intimidad, tacto, presencia, formación, experiencia o ambiente laboral.

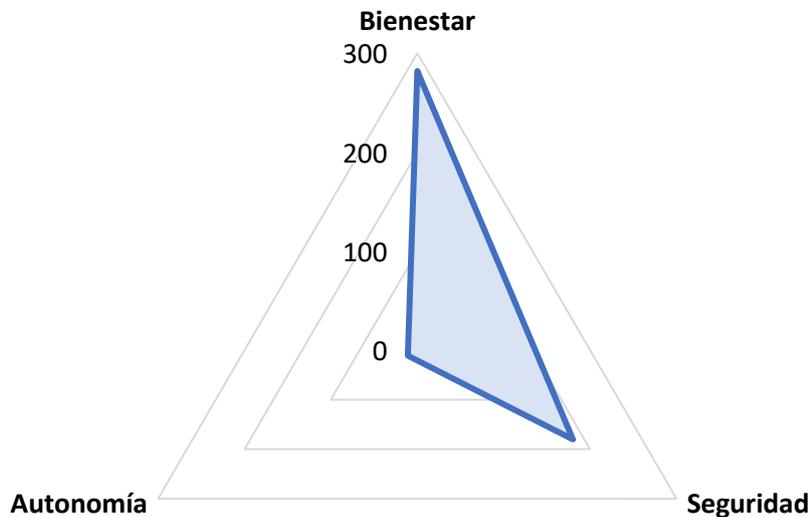
Las categorías extraídas de los relatos reflejan de forma subjetiva el aprendizaje en cuidados y ponen de manifiesto que los estudiantes de enfermería identifican a lo largo de sus prácticas dimensiones del cuidado invisible. La mayoría del alumnado narra en sus Eventos Notables aspectos relacionados con las categorías 'Bienestar' y 'Seguridad', mientras que muy pocos relatan vivencias relacionadas con la categoría 'Autonomía'. De hecho, como puede observarse en la Figura 5-5, el Triángulo de los Cuidados no sería equilátero para este estudio. De la misma forma, hay una marcada diferencia entre la cantidad de referencias pertenecientes a las categorías de 'Bienestar' y 'Seguridad' respecto a las relativas a otras categorías. Llama la atención de este hallazgo que el alumnado identifique tanto aspectos relacionados con el bienestar como con la seguridad y lo técnico. Y todavía resulta más importante este hecho por lo tecnificado de los servicios por los que rotaron los participantes durante sus prácticas, véase: UCI, Urgencias, Quirófano y Hemodiálisis. Es decir, era esperable que el alumnado hubiera narrado más aspectos relativos a la 'Seguridad'. Más acorde a las expectativas fue lo hallado en la categoría 'Autonomía' en la que la cantidad de fragmentos y el número de alumnos que la identificaron fue baja, algo que parece razonable debido a los servicios por

los que rotó el alumnado. A pesar de ello, es importante reseñar que, precisamente, las crisis de salud de las personas son momentos clave para potenciar la autonomía y el autocuidado y que no debe despreciarse estos espacios técnicos para ayudar a los pacientes y sus familias a ser más capaces de hacerse cargo de sus cuidados.

Bien es cierto que quizás, lo tecnificado de los servicios, no sea el único factor influyente en el número de referencias para cada categoría. Otro posible condicionante para estas diferencias es la fase de la enfermedad en la que se encuentran las personas cuidadas; dado que no es lo mismo una fase aguda, crítica o de alto riesgo, donde lo técnico puede que tenga más peso, que la de un enfermo crónico.

Figura 5-5

Forma del Triángulo de los Cuidados en función del número de referencias para las categorías Bienestar, Seguridad y Autonomía



Asimismo, aunque pueda resultar sorprendente e incluso contradictorio estos hallazgos pueden ser explicados por la propia construcción de la escala, ya que esta alberga, como se puede ver en la Tabla 5-5, muchos más ítems ligados a la categoría 'Bienestar' que a otras categorías lo que seguramente genera que el alumnado ponga más atención sobre estos cuidados.

Como puede verse en la definición de las categorías de la Tabla 5-4 y en los ejemplos ofrecidos por cada una de las categorías de análisis extraídas, fueron las categorías 'Bienestar' y 'Autonomía' las que recogieron expresiones relacionadas con cuidados invisibles. De hecho, las referencias halladas en los Eventos Notables cubrieron las ocho dimensiones de los cuidados invisibles descritas por Huércanos Esparza (2011): fomento del autocuidado, relación de confianza, apoyo emocional, tacto y escucha, ética y respeto, confort, presencia cuidadora e imagen de la enfermería dentro del equipo; previamente identificadas por Germán Bes y Hueso Navarro (2010). El resto de las categorías analizadas se refieren a cuidados técnicos o de vigilancia, al contexto en el que se producen los cuidados o a emociones y sensaciones que el alumnado vive durante sus prácticas.

Comparando los resultados de este trabajo con los obtenidos por Blázquez Ornat et al. (2017, 2018) en un alumnado similar y con un sistema de recogida y análisis de datos análogo, se puede decir que el discurso y las narrativas son parecidas, detectándose categorías y subcategorías semejantes. No obstante, sí que se aprecia que progresivamente el alumnado centra más su atención, y por lo tanto su aprendizaje, en cuidados relacionados con el bienestar y el confort y algo menos en lo técnico. Como apuntan estas mismas autoras: "Parece claro que se está afianzando que el aprendizaje del cuidado enfermero es más que coger una vía o poner una sonda". Bien es cierto que son alumnos de la misma universidad y que por lo tanto pueden estar influidos por los mismos sistemas de aprendizaje. No obstante, no debe considerarse esto como algo despreciable, sino más bien hace pensar que el alumnado es capaz de incorporar en su práctica una formación que apuesta por el cuidado humanizado y no solo por aspectos técnicos.

Por otro lado, resultó llamativo ver cómo los fragmentos hallados en la categoría de 'Reconocimiento' precedían o iban a continuación de fragmentos relativos a la subcategoría 'Presencia de bienestar'. Puede interpretarse como que el agradecimiento del paciente hacia el profesional o el alumnado viene determinado por las acciones encaminadas hacia su bienestar más que hacia otro tipo de acciones más centradas en lo técnico.

También como curiosidad el alumnado detectó situaciones en las que algunos prejuicios hacen que el personal sanitario aborde con poco cuidado a sus pacientes: el loco, el inmigrante, el alcohólico, el drogadicto o el preso; fueron algunos de los grupos en los que se detectaron fragmentos relativos a la 'Falta de bienestar'. En este sentido, la desigualdad o el desequilibrio en las relaciones de poder enfermera-paciente (Amezcuá, 2009) puede que estén más acentuadas ante grupos estigmatizados.

A diferencia de lo observado en este estudio en el análisis cuantitativo en el que no se hallaron diferencias en las puntuaciones medias de la escala CIBISA en función del sexo, sí se apreció que los alumnos reportaban más fragmentos relativos a la categoría de 'Seguridad' que las estudiantes y que estas informaban más de sus emociones durante las prácticas. Estos hallazgos concuerdan con los resultados del estudio original de validación de la escala CIBISA donde los alumnos puntuaron más alto en la dimensión de seguridad que las alumnas (Urcola Pardo et al., 2017). También se apreciaron algunas diferencias en función del lugar de prácticas y de la cohorte a la que pertenecía el alumnado. Lo que no se ajustó a lo esperado es que el discurso del alumnado fuera similar en el grupo con puntuaciones medias superiores a la media frente a los que puntuaron más bajo.

En cualquier caso, como puede verse en la Tabla 5-5, casi la totalidad de los ítems de la escala queda reflejada en los eventos narrados por el alumnado. Esto implica que, bien porque los estudiantes toman la escala como referencia para fijarse en determinadas cuestiones del cuidado que resultan de interés, bien porque las cuestiones que interesan del cuidado coinciden con los ítems de la escala, el alumnado, durante su aprendizaje en la práctica clínica pone en valor no solo aspectos

técnicos, sino que tiene presente aspectos relativos al bienestar, a la autonomía y a los cuidados invisibles.

Por último, el análisis de los Eventos Notables más allá del elemento reflexivo y autoevaluativo que supone para el alumnado permite hacer un análisis de contenido de la propia escala CIBISA. Como puede observarse en el artículo de validación de la escala, esta se construye en base a tres dimensiones: bienestar, seguridad y autonomía. Dimensiones que además dan nombre a la escala. En la validación estadística no obstante los datos indicaron que la escala era unidimensional. Sin embargo, los fragmentos de los Eventos Notables, que indiscutiblemente se relacionan con los ítems de la escala sí que permiten apreciar esas dimensiones de la escala.

5.4.4 El grupo de discusión

El motivo por el que se puso en marcha este grupo de discusión y se incluyeron los resultados derivados de este es la capacidad que tiene de ofrecer cierta retroalimentación respecto del uso de la escala CIBISA y los Eventos Notables. Es decir, se pudo recoger mediante esta técnica cualitativa, las opiniones del alumnado sobre la utilidad de la escala y sobre el funcionamiento de esta en los espacios en los que habían realizado prácticas (Buss Thofehr et al., 2013; García Bañón et al., 2002).

La respuesta fue clara y unánime en este sentido, la cumplimentación de la escala CIBISA y la narración de Eventos Notables ayuda a aprender e incorporar algunos aspectos prácticos centrados no solo en lo técnico si no también en el cuidado. Además, se identificaron ambas estrategias autoevaluativas como complementarias.

Por otro lado, el alumnado participante en el grupo de discusión narró algunas experiencias vividas durante sus prácticas en las que se apreció que el establecimiento de la relación terapéutica y el fomento de la autonomía como elementos importantes del cuidado cobraban un mayor peso en el discurso. A este respecto, cabe destacar que, aunque los participantes del grupo de discusión cumplían con los mismos criterios de selección y exclusión que el resto del alumnado, realizaron sus prácticas en servicios diferentes, mucho menos tecnificados y más próximos a la comunidad.

En otro orden de cosas, el alumnado identificó ítems que, o bien no podían ser respondidos por el servicio en el que se estaban realizando las prácticas, o bien eran confusos y daban lugar a la interpretación con lo que la respuesta al mismo no era objetiva. En este sentido el alumnado planteó redactar algunos ítems con mayor claridad, suprimir algunos de ellos e incluir 'No se adapta' como una posible respuesta.

5.4.5 Limitaciones y propuestas

A pesar de los hallazgos encontrados, se debe tener en cuenta que la muestra no es elevada y está conformada por voluntarios lo que dificulta la extrapolación de los datos fuera del contexto en el que han sido extraídos constituyendo esta la limitación del estudio más importante.

Además, es llamativa la diferencia en el número de estudiantes entre la cohorte de 2015-2016 y la de 2016-2017. Es posible que esta diferencia se deba a las distintas personas que realizaron la captación, ya que el método de captación fue el mismo en ambos casos.

En otro orden de cosas, como en cualquier estudio que utilice medidas de autoinforme, los resultados pueden estar influenciados por la aquiescencia de los participantes y la necesidad de deseabilidad social, lo que supone otra limitación y una posible fuente de sesgos.

Por otro lado, es cierto que el diseño del estudio no permite discernir con claridad cuál es el peso del uso de la escala en el aprendizaje de los cuidados por parte del alumnado y que un ensayo controlado hubiera permitido determinar con mayor precisión este hecho. Sin embargo, también es cierto que los ensayos controlados aleatorizados no deberían ser el único modelo de diseño de investigación aceptable, ya que los diseños pre-post se consideran suficientemente adecuados en estudios sobre temas educacionales (Campbell et al., 2000; Musick, 2006).

Por último, a pesar de los buenos resultados de consistencia interna de la escala, al hilo de los resultados obtenidos en el grupo de discusión parece necesario realizar una revisión de esta en cuanto al número de ítems y su redacción.

6 ESTUDIO 3. ANÁLISIS DE LA VALIDEZ Y LA UTILIDAD DE LA ESCALA CIBISA EN CONTEXTOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA

6.1 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

6.1.1 Hipótesis

- La escala CIBISA-Evaluadores es una herramienta válida y útil para evaluar el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles del alumnado de Grado de Enfermería en situaciones de simulación clínica.

6.1.2 Objetivos

- Analizar la validez de contenido y la utilidad de la escala CIBISA-Evaluadores para evaluar el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles del alumnado de Grado de Enfermería durante situaciones de simulación clínica.

6.2 METODOLOGÍA

6.2.1 Diseño

En esta ocasión, se optó por desarrollar un estudio de validación de instrumento mediante un panel de expertos *on-line*. El estudio tuvo dos fases. En la primera se realizó una adaptación de los ítems de la escala CIBISA. En la segunda, se elaboró un cuestionario para que el grupo de expertos valorara la validez de contenido y la utilidad de la escala.

6.2.1.1 Fase I: adaptación de los ítems de la escala CIBISA original

La escala CIBISA originalmente se ideó como un instrumento de autoevaluación del aprendizaje en cuidados durante las prácticas clínicas para estudiantes de Grado de Enfermería (Urcola Pardo et al., 2017). Es decir, la construcción gramatical de los ítems se dirigía al alumnado. Para este estudio, en el que la pretensión era que la escala sirviera como rúbrica para que otro observador evaluase lo que el estudiantado realiza durante una situación de simulación clínica o una ECOE, se realizaron algunas modificaciones sintácticas sobre los ítems sin modificar su sentido o su

contenido. Posteriormente, las modificaciones se remitieron a los autores de la escala original para que aprobaran la utilización de la escala modificada para este estudio. Estos aseguraron que las modificaciones realizadas no alteraban el significado o el contenido de los ítems. Se denominó a esta escala: escala CIBISA-Evaluadores (Anexo IX).

6.2.1.2 Fase II: validación de contenido y utilidad de la escala CIBISA-Evaluadores

Para la segunda fase se envió un cuestionario *on-line* semiestructurado (Anexo X) a un grupo de docentes expertos junto con la escala CIBISA-Evaluadores para que pudieran dar su opinión respecto de la validez de contenido y la utilidad de la escala como instrumento de evaluación en situaciones de simulación clínica.

6.2.2 Población y muestra

Como expertos se contó con profesorado universitario seleccionado mediante un muestreo intencional (muestreo de conveniencia no aleatorio). Los criterios de inclusión y exclusión para participar como experto en el estudio fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión:
 - Ser profesor o profesora universitaria en el Grado de Enfermería en alguna universidad española, pública o privada.
 - Haber participado, en al menos una ocasión, en el diseño, puesta en marcha y/o evaluación de un escenario de simulación clínica o una ECOE.
- Criterios de exclusión:
 - Profesorado que entregase cuestionarios incompletos, indebidamente cumplimentados o fuera del plazo señalado.

6.2.3 Variables

En este trabajo se recogieron las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas:
 - Sexo: hombre, mujer (cualitativa dicotómica).
 - Edad: años (cuantitativa continua).

- Variables académicas:
 - Universidad: nombre de la universidad a la que pertenece el o la docente (cualitativa nominal).
 - Puesto de trabajo: Profesor Asociado Clínico, Profesor Asociado, Profesor Interino, Profesor Ayudante Doctor, Profesor Contratado Doctor, Profesor Titular, Catedrático, Profesor Honorario, Profesor Emérito, Profesor Visitante, Profesor Ayudante, Becario con Ayuda para la Formación de Profesorado Universitario (FPU), Sin vinculación, otros (cualitativa nominal).
 - Experiencia docente: años (cuantitativa continua).
 - Experiencia como evaluador en simulación clínica: años (cuantitativa continua).

- Variables de la situación de simulación clínica y de la rúbrica habitual:
 - Curso del alumnado evaluado: primero, segundo, tercero o cuarto (cualitativa nominal).
 - Tipo de la situación de simulación clínica evaluada: específica (se refiere a situaciones de simulación circunscritas a la realización de una técnica concreta y en las que no se abordan casos de forma global), global (se refiere a situaciones de simulación en las que se abordan casos de pacientes de manera integral y no se circunscriben a la evaluación de una técnica concreta), ambas (se refiere a que el docente participa tanto en situaciones específicas como globales) (cualitativa nominal).
 - Competencias evaluadas: competencias genéricas, competencias específicas grupo I: competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la enfermera; competencias específicas grupo II: competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas; competencias específicas grupo III: competencias

para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos; competencias específicas grupo IV: conocimiento y competencias cognitivas; competencias específicas grupo V: competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las TIC); competencias específicas grupo VI: competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo (cualitativa nominal).

- Tiempo de realización de la estación: minutos (cuantitativa continua).
- Tipo de formato de puntuación en la rúbrica habitual: dicotómica, categórica o combinada (cualitativa nominal).
- Tipo de evaluación: sumativa o formativa (cualitativa dicotómica).
- Validez y utilidad de la escala CIBISA-Evaluadores:
 - Utilidad de la escala: Sí, la escala completa; Sí, pero solo algunos ítems; o No, ninguno de los ítems (cualitativa nominal).
 - Utilidad de cada ítem: Sí o No (cualitativa nominal). Esta variable solo se recogía en caso de que la respuesta a la pregunta sobre la utilidad de la escala fuese 'Sí, pero solo algunos ítems'.
 - Utilidad del formato de puntuación en la escala CIBISA-Evaluadores: dicotómica, categórica o combinada (cualitativa nominal).
 - Justificación de la utilidad de cada ítem: respuesta abierta.
 - Observaciones: respuesta abierta.

6.2.4 Instrumentos de recogida de datos

Para la recogida de datos se confeccionó un cuestionario *on-line* semiestructurado *ad hoc* para obtener la opinión de los expertos (Anexo X). Este cuestionario recogió las variables descritas en el apartado anterior. Además, junto a este cuestionario se envió la escala CIBISA-Evaluadores para que los docentes pudieran valorar su utilidad.

6.2.5 Procedimiento de recogida de datos

Para captar al profesorado participante se contó con la colaboración de la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería (CNDE) y con el Grupo de Simulación en el Grado de Enfermería de la Sociedad Española de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente (SESSEP). Contar con ambos grupos garantizó una máxima difusión y alcance hacia gran parte de las Facultades de Enfermería del territorio nacional en las que se realiza simulación clínica y, por ende, a los profesores expertos en esta materia. También se contactó con docentes que tenían publicaciones relacionadas con simulación clínica en enfermería o ECOE en enfermería.

El envío de los cuestionarios se realizó a partir del día 1 de septiembre de 2020. La fecha límite para su recogida fue el 15 de diciembre de 2020.

6.2.6 Análisis estadístico

El análisis cuantitativo de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 23.0. Se realizó un análisis descriptivo con media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Las preguntas de respuesta abierta, relativas a la justificación de la utilidad de cada ítem y a las observaciones, se analizaron de forma cualitativa.

6.3 RESULTADOS

6.3.1 Descripción del grupo de expertos

El grupo de expertos lo conformaron 8 docentes de los que 6 fueron mujeres (75 %) y 2 hombres (25 %). La media de edad fue de 45,38 años (DE = 6,95).

En las Figuras 6-1 y 6-2 pueden verse las universidades a las que pertenecía el profesorado participante y el puesto que ocupaban en dicha universidad, respectivamente.

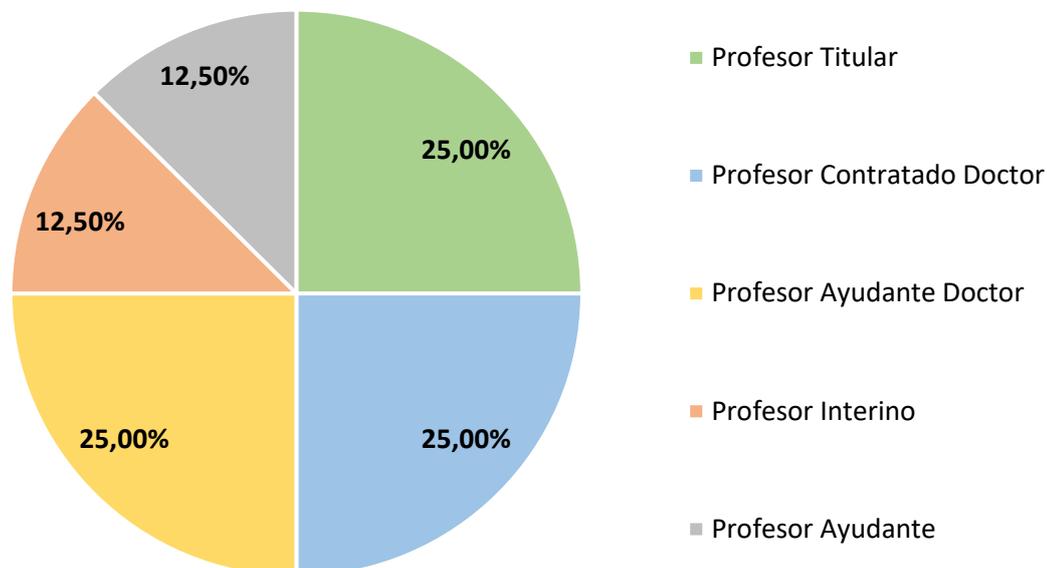
Figura 6-1

Número de docentes en función de la universidad de procedencia



Figura 6-2

Porcentaje de docentes en función de los puestos docentes



La media de años de experiencia docente del profesorado fue de 13,25 años (DE = 6,88) y de experiencia como evaluadores de simulación clínica fue de 4,88 años (DE = 2,80). En la Figura 6-3 puede verse comparativamente la experiencia de cada participante en sus funciones docentes y de evaluación en simulación.

El 75 % del profesorado que conformó el grupo de expertos participaba en situaciones de simulación clínica con alumnado de cuarto curso frente al 25 % que lo hacía con alumnado de tercer curso.

En cuanto al tipo de situación de simulación clínica evaluada, la mayoría del profesorado (75 %) participaba indistintamente en situaciones específicas o globales. Menor fue el porcentaje de docentes (25 %) que participaban, solo, en situaciones específicas y ninguno lo hacía, exclusivamente, en situaciones globales.

Dado que en su mayoría los docentes indicaron que participaban en más de una situación de simulación y que, además, estas podían ser específicas o globales, las competencias evaluadas han incluido, en todos los casos, tanto competencias generales como específicas (Grupos I-VI) del Graduado en Enfermería.

La duración media de las situaciones de simulación clínica en las que participaba el profesorado fue de 13,13 minutos (DE = 2,59).

El formato de puntuación de las rúbricas utilizadas por el grupo de expertos puede verse en la Figura 6-4.

Por último, el tipo de evaluación que se aplicaba a las diferentes situaciones de simulación clínica fue sumativa en el 62,5 % de los casos y formativa en el 37,5 %.

Figura 6-3

Comparación de la experiencia docente y la experiencia en simulación clínica del profesorado que conformaba el grupo de expertos (en años)

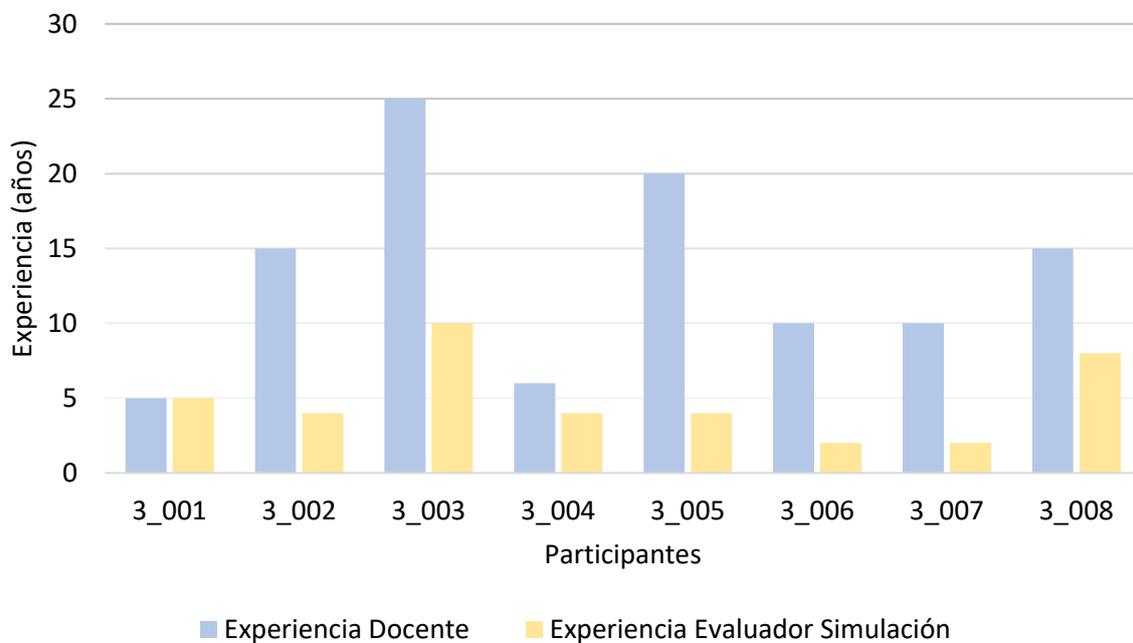
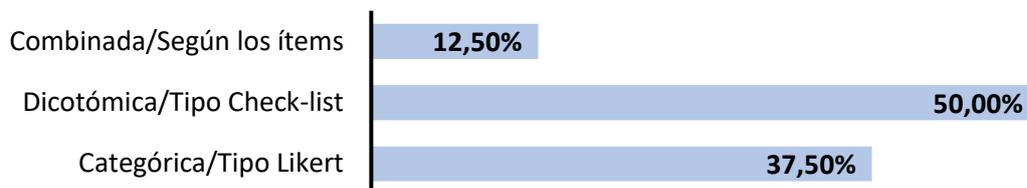


Figura 6-4

Porcentaje de docentes en función del formato de puntuación de las rúbricas utilizadas para evaluar las situaciones de simulación clínica



6.3.2 Validez y utilidad de la escala

Solo una de las docentes (12,5 %) especificó que la escala CIBISA-Evaluadores le servía, en su totalidad, como instrumento de evaluación en situaciones de simulación clínica. El resto del profesorado (87,5 %) señaló que solo algunos ítems de la escala les resultaban útiles. En la Figura 6-5 puede verse la frecuencia con la que los expertos señalaron que los ítems les servían o no. Como se aprecia en esa figura los ítems 6, 8, 9, 11, 22, 25 y 27 han sido señalados, mayoritariamente, como poco útiles. Los ítems 15 y 20 han obtenido, con la misma frecuencia, valoraciones positivas y negativas. El resto de los ítems se consideraron adecuados por la mayoría de los evaluadores, siendo unánime la opinión para los ítems 1, 16 y 23.

En la Figura 6-6 se muestran el número de ítems señalados como útiles o no por cada experto. En ella puede verse cómo en todos los casos, salvo en uno (3_004), la mitad o más ítems de la escala resultan útiles.

Por otro lado, un 50 % del profesorado opinó que el formato de puntuación más adecuado para evaluar sus situaciones de simulación clínica con la escala CIBISA-Evaluadores era el categórico o tipo *Likert*, un 25 % el dicotómico o tipo *check-list* y el 25 % restante combinado según los ítems.

Por último, la mayoría de los docentes expresaron que la causa por la que algunos ítems no les resultaban útiles era que no se ajustaban a la situación clínica evaluada. No obstante, dos de los docentes señalaron otras causas como la imprecisión o la inespecificidad de los ítems o que en un mismo ítem hubiera definidas dos o más acciones. También apuntan que la escala puede resultar más útil para la práctica asistencial que para la simulación dado que evalúa aspectos transversales.

Figura 6-5

Número de docentes que indicaron que un determinado ítem de la escala CIBISA-Evaluadores resultaba útil o no en la simulación

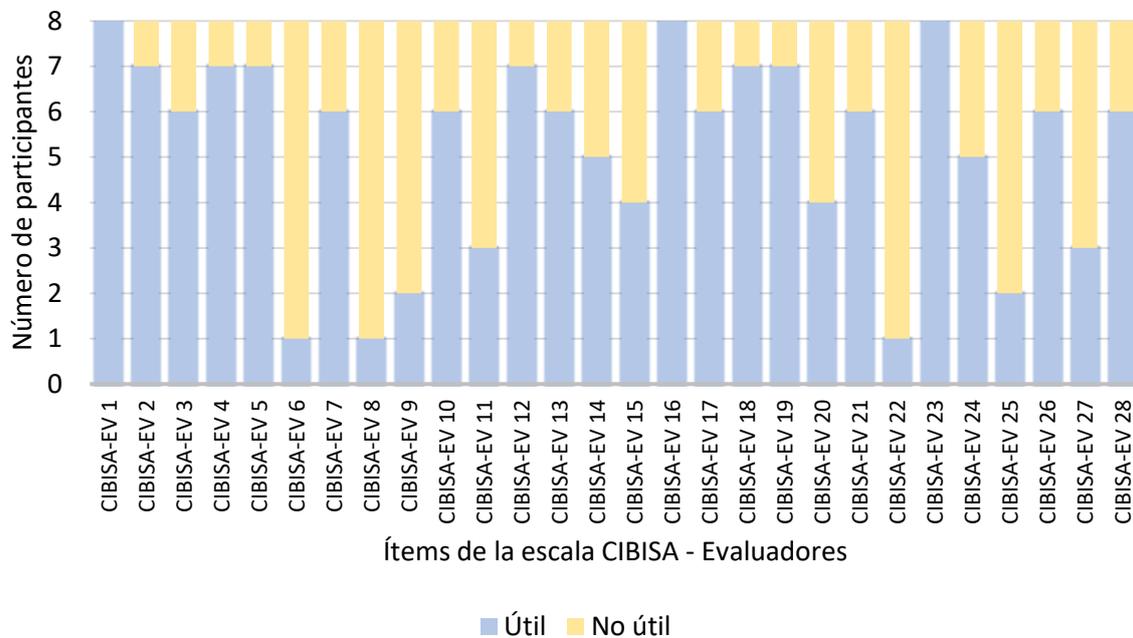
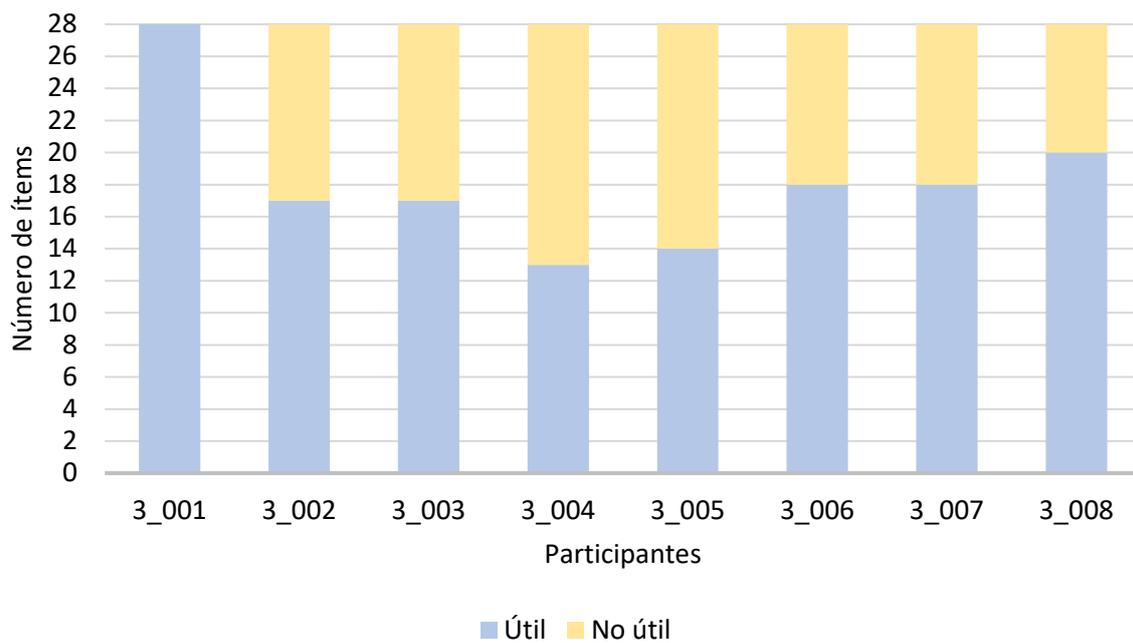


Figura 6-6

Número de ítems útiles para cada experto



6.4 DISCUSIÓN

La respuesta de los expertos a la pregunta de si la escala CIBISA-Evaluadores es válida y útil para evaluar al alumnado durante situaciones de simulación clínica fue, por unanimidad, afirmativa. Sin embargo, la mayoría puntualizó esta respuesta y planteó que la escala presentaba problemas al aplicarla en este contexto evaluativo.

Las limitaciones que señaló el grupo de expertos respecto de la escala estaban íntimamente relacionadas con la adecuación de los ítems a las situaciones de simulación en las que participa el alumnado. Por otro lado, plantearon también que en algunos casos lo que les ocurría a los ítems es que estaban redactados de forma imprecisa.

Es decir, a la luz de los resultados la escala CIBISA-Evaluadores necesitaría una revisión en la redacción de los ítems para poder ser aplicada a situaciones de simulación clínica. Revisión que posiblemente también fuese necesaria en la escala CIBISA original, dado que los cambios que se realizaron para la escala CIBISA-Evaluadores fueron pequeñas modificaciones sintácticas sobre los ítems que no alteraban su sentido o su contenido, como se especificaba en la metodología de este estudio.

Sí es llamativo que existe cierto acuerdo en cuáles son los ítems que no resultan útiles al conjunto de los expertos. Los ítems 6, 8, 9, 11, 15, 20, 22, 25 y 27 fueron señalados por la mitad o más de los expertos como no útiles. Sin embargo, al analizarlos no son los ítems que más problemas presentan en su redacción en tanto que especificidad y precisión. Es decir, al margen de estos ítems identificados por la mayoría de los expertos como inadecuados existen otros, señalados por una minoría, que son los que pueden presentar problemas en su redacción.

No existe consenso en cuál es el formato de puntuación más adecuado para la escala CIBISA-Evaluadores. Esto coincide con la revisión sistemática realizada como parte de esta tesis doctoral (Navas-Ferrer et al., 2017). En ella se analizó la validez y fiabilidad de la ECOE como sistema de evaluación y, al respecto de las rúbricas utilizadas para evaluar las estaciones simuladas, se observó

que no existía consenso entre utilizar escalas de puntuación dicotómicas (sí, no; aprueba, suspende; realiza, no realiza) o categóricas, con varias opciones de respuesta para cada ítem. Además, se observó que los resultados en tanto que validez y fiabilidad no variaban. Se apuntaba también en esta revisión que originalmente, en la ECOE, el modo de evaluación era con modelos de puntuación dicotómicos (Harden et al., 1975). Sin embargo, Bartfay et al. (2004) ya pusieron de manifiesto que esta modalidad de evaluación es insuficiente para evaluar algunas habilidades complejas y apostaban por el uso de escalas categóricas. Teniendo en cuenta lo anterior es posible que, a pesar de que el grupo de expertos no haya sido unánime, la opción de mantener la escala de puntuación categórica sea lo más acertado.

En cualquier caso, los resultados de esta consulta al grupo de expertos suscitan dos cuestiones que deben ser discutidas. La primera es si autoevaluación y evaluación son equiparables y el papel que desempeña la escala CIBISA-Evaluadores en cada uno de estos escenarios. Por otro lado, cabe preguntarse si la simulación es comparable con la práctica clínica real y si las diferencias existentes influyen en la utilidad y validez de la escala CIBISA-Evaluadores.

Aunque autoevaluación y evaluación son diferentes por definición, ambas pretenden señalar en qué medida el proceso educativo logra sus objetivos y compara los fijados con los realmente alcanzados (Cruz Nuñez y Quiñones Urquijo, 2012).

A primera vista, con esta definición finalista de la evaluación, se podría decir que la escala CIBISA-Evaluadores no cumpliría adecuadamente con su propósito, dado que según han señalado los expertos, algunos de los ítems que la componen están redactados de forma imprecisa o evalúan dos aspectos en un mismo ítem, lo que dificulta la mensura de los objetivos alcanzados. Sin embargo, si nos aproximamos al concepto de evaluación desde un punto de vista formativo esta idea cambia.

En palabras de Cabero Almenara y Gisbert Cervera (2002) autoevaluar consistiría en un conjunto de actividades autocorrectivas acompañadas de soluciones que permiten comprobar el tipo y grado de aprendizaje respecto de los objetivos de la acción formativa. De hecho, la autoevaluación tiene un carácter más formativo que sumativo; es decir, se orienta a la consecución, por parte del

alumnado, de conciencia de la situación de aprendizaje y la toma de decisiones para mejorarlo y no exclusivamente a calificar un resultado (Cruz Nuñez y Quiñones Urquijo, 2012). Algunos autores consideran que la autoevaluación favorece el desarrollo de una actitud participativa para el desarrollo de un aprendizaje continuado a lo largo de la vida, incrementando la responsabilidad de los estudiantes en su aprendizaje (Cano García, 2008; Cruz Nuñez y Quiñones Urquijo, 2012; Helminen et al., 2014; Mehrdad et al., 2012; Visiers Jiménez, 2016). Esta también facilita la autorreflexión, favorecedora del desarrollo de pensamiento crítico, así como la toma de conciencia e identificación de debilidades y ubica al estudiante como protagonista de su aprendizaje.

Es, en base a este concepto de evaluación, que la escala CIBISA tiene sentido. Debido a su concepción original, parece funcionar mejor en situaciones de autoevaluación, con una orientación formativa, que de evaluación sumativa. Parece que la escala suscita al alumnado acciones o actitudes en torno al cuidado que de otra forma no llevaría a cabo y la cumplimentación de este instrumento, a lo largo de las prácticas, fomenta estas actitudes. Es decir, ayuda al alumnado a adquirir aprendizaje más que a evaluar su conducta. Por ello, es posible que parte de las correcciones sugeridas o los desacuerdos de los docentes expertos participantes en este estudio estuvieran relacionados con esta característica de la escala.

Por otro lado, a estas alturas es indiscutible que la simulación clínica es una metodología eficaz en la adquisición y evaluación de competencias durante el proceso formativo de los futuros profesionales de la salud (Astbury et al., 2021; Durá-Ros et al., 2015; Fox-Robichaud y Nimmo, 2007; Issenberg et al., 2005; Leal Costa et al., 2014; Mulyadi et al., 2021). Sin embargo, otra cuestión que cabe preguntarse respecto de la idoneidad de la escala CIBISA-Evaluadores en situaciones de simulación clínica es si los procesos de adquisición de competencias en cuidados son equiparables en situaciones de simulación y en la práctica clínica. En otras palabras, si los problemas que han hallado los expertos para utilizar el instrumento en simulación clínica son debidos, exclusivamente, a la construcción de la escala o si tienen que ver también con el medio en el que se pretende aplicar, dado que la escala está pensada para situaciones de práctica clínica y no de simulación.

Al hilo de esta cuestión, Miller (1990) incluye la simulación y la práctica clínica en niveles diferentes dentro de su teoría de la evaluación de competencias. A saber, la primera quedaría recogida en el nivel 'Demostrar cómo' por debajo del nivel 'Hacer' en el que se situaría la segunda. Por lo tanto, es posible que, aunque las situaciones de simulación se asemejen, en gran medida, a las de la práctica clínica haya aspectos que no queden reflejados de forma realista o que estén excesivamente controlados. De hecho, Medina (1999) afirma que la disciplina enfermera, como práctica social que es, posee elevados grados de incertidumbre, ambigüedad y apertura, se halla regulada por la normativa ética y se desarrolla a través de procesos deliberativos de comprensión de los participantes. Además, considera que el saber enfermero es considerado un conocimiento práctico, es decir, aquel que los profesionales construyen durante su praxis.

En este sentido son varios los autores que apuntan que para que la simulación tenga unos resultados adecuados en términos de aprendizaje es preciso que esta sea de alta fidelidad, es decir que se asemeje lo máximo posible a la realidad (Dalley et al., 2004; Gordon et al., 2006; Hammond et al., 2002; Hilbelink, 2009; Holcomb et al., 2002; Issenberg et al., 1999; Rosenblatt et al., 2002; Valler-Jones et al., 2011).

Además, en simulación se corre el riesgo de que la situación simulada se convierta en un caso ideal al que, desde luego, las situaciones de práctica clínica y los pacientes reales no se ajustan (Wallace et al., 2002). Por otro lado, también existe el riesgo de que, al darse la posibilidad de repetir y de disponer de un ambiente controlado donde los errores no tienen consecuencias para la salud del paciente, el aprendizaje que se produce no sea significativo (Hammond et al., 2002). Es decir, el alumnado que participa en simulación también debe aprender a gestionar los riesgos y consecuencias de sus intervenciones y, en este contexto, la seguridad que ofrece un entorno simulado puede tener un impacto perjudicial en el aprendizaje (Hammond et al., 2002; Valler-Jones et al., 2011; Wallace et al., 2002). Otro elemento que puede interferir en el realismo de la situación simulada es que esta se dirija a evaluar la competencia de profesionales de una única disciplina. Al respecto de esto Lee et

al. (2018) ponen de manifiesto la importancia de la puesta en marcha de simulaciones interdisciplinarias.

En esta línea, Benner (1982b) criticó las pruebas basadas en la competencia aludiendo lo siguiente:

“Las pruebas basadas en la competencia parecen funcionar únicamente en las áreas menos situacionales e interaccionales del cuidado del paciente, donde la conducta puede definirse bien y las variaciones del paciente y la enfermera no modifican los criterios de actuación”.

Benner (1984) añade que:

“La habilidad y la práctica cualificada consisten en poner en práctica las intervenciones enfermeras y las habilidades de decisión clínica en situaciones clínicas reales. En ningún caso se refieren a habilidades psicomotoras u otras habilidades fuera del contexto de la práctica enfermera”.

Al respecto, es importante poner en valor estrategias de simulación como las planteadas por Castro Yuste (2014) en su ECOE, en la que se aleja del modelo tradicional de ECOE planteando estaciones de caso que se centran en el global de la atención al paciente más que en una única técnica concreta. Esto aporta el punto de vista enfermero a la simulación clínica (Navas-Ferrer et al., 2017).

Por otro lado, González-Rodríguez (2018) apunta que las rúbricas existentes, en nuestro contexto evaluativo, para situaciones de simulación clínica son escasas, abordan la adquisición de competencias únicamente de forma dicotómica (sí o no) y en su mayoría evalúan habilidades técnicas obviando las que conciernen a la esfera de la comunicación o la relación interpersonal, tan esenciales en nuestra profesión. Al hilo de este apunte cabe preguntarse si la escala CIBISA no es útil en el contexto evaluativo de la simulación solo por su construcción que, evidentemente, tiene fallos o porque precisamente su enfoque puesto en lo invisible no encaja con sistemas de evaluación que tienden a lo técnico y lo objetivable.

Como conclusión de todo lo mencionado con anterioridad entendemos que la escala CIBISA, con sus limitaciones respecto de la objetividad, especificidad y precisión de los ítems que la componen, no es un instrumento completamente adecuado para la evaluación del alumnado en simulación

clínica, en la que lo primordial es la necesidad de evaluar con precisión y objetividad la competencia. En cambio, supone una herramienta muy útil para la autoevaluación durante las prácticas clínicas, un contexto más complejo y variable (Medina, 1999; Schön, 1992), dado que supone un disparador de ciertas actitudes respecto del cuidado y permite el autoaprendizaje. Es decir, posiblemente la escala tenga más sentido como instrumento de autoevaluación y autoaprendizaje que como herramienta para la evaluación de un tercero. Coincide esta perspectiva con lo expuesto por uno de los expertos participantes que apuntaba en las observaciones del cuestionario lo siguiente:

“Veo la escala de gran ayuda en la práctica asistencial, pero en la simulación sólo serviría para evaluar ciertas conductas transversales, pero no para evaluar escenarios ni la competencia del alumno (debido a la gran variabilidad de escenarios y situaciones)”.

6.4.1 Limitaciones y propuestas

El número de participantes en el estudio es reducido, incluso para un grupo de expertos. De hecho, no se cumplió con los criterios propuestos por Yañez-Gallardo y Cuadra-Olmos (2008) que apuntan a cifras de entre 10 y 18 expertos. Existen varios motivos que pueden justificar este hecho.

El primero de ellos, puede ser un problema en la forma de captar y recoger los datos. A pesar de contar con el apoyo de la CNDE y del grupo de simulación de la SESSEP, lo que garantizó una amplia difusión del cuestionario, el hecho de que la captación y la recogida de datos fuera *on-line* pudo haber provocado una escasa respuesta. De hecho, De Marchis (2012) apunta que la tasa de respuesta de cuestionarios *on-line* está por debajo del 50 %. Para mejorar esta tasa propone: notificar a los participantes que se va a realizar el estudio, indicarles dónde van a recibir el cuestionario y favorecer la retroalimentación, medidas que, en este caso, no pudieron llevarse a cabo debido a la inexistencia de un censo claro de expertos al respecto. En cualquier caso, la elección de este procedimiento en la recogida de datos quedaba justificado, ya que permitía acceder de forma fácil y rápida a toda la población, permitía ahorro de dinero y tiempo y no interfería en el desarrollo de las actividades docentes, puesto que el participante podía elegir dónde y cuándo rellenar el cuestionario (De Marchis, 2012). Otra ventaja del uso del cuestionario *on-line* es que permitió presentar las preguntas a un ritmo

adecuado y garantiza que el usuario no se dejaba preguntas sin contestar mediante el uso de alertas (De Marchis, 2012).

Otro hecho que podría justificar la baja participación es el momento en el que se recogieron los datos. La pandemia mundial sufrida en el año 2020 y las adaptaciones curriculares que supuso con las consiguientes cargas de trabajo para los docentes pudo influir en la motivación del profesorado para contestar el cuestionario.

En último término, esta escasa muestra puede deberse a que el número de docentes expertos en simulación clínica no es muy elevado en nuestro país. Según datos de 2013 (último censo hallado de centros que utilizan simulación clínica de alta fidelidad en nuestro país), a finales de ese año había en España 80 centros en los que se realizaban simulaciones de alta fidelidad, de los que solo la mitad eran centros universitarios (Durá-Ros et al., 2015). En su tesis doctoral Durá-Ros (2013) apunta que a pesar de existir un crecimiento exponencial de la simulación en la formación en Ciencias de la Salud en España desde el año 2009, el número de docentes expertos o con dedicación exclusiva para la simulación era bajo en 2013. En la misma línea, varios autores apuntan que en España la simulación clínica está tomando protagonismo, pero tiene su mayor implantación en la formación posgrado de medicina y enfermería; estando la formación universitaria pregrado todavía en desarrollo (Durá-Ros et al., 2015; Juguera Rodríguez et al., 2014; Leal Costa et al., 2014). Estos datos, aunque en la actualidad hayan podido variar al alza, coinciden con la muestra de expertos que han participado en este trabajo que, por un lado, es pequeña y, por otro, podría decirse que, globalmente, con poca experiencia en simulación clínica, formativa o evaluativa, dado que la mayoría (todos salvo dos) no alcanzan los cinco años de experiencia.

Otro aspecto que supone una limitación es la forma de seleccionar a los participantes, ya que estos fueron incluidos de forma intencional. No obstante, al tratarse de un grupo de expertos y ser el número reducido no se contempló la posibilidad de extraer una muestra aleatoria de entre los participantes.

Por otro lado, el procedimiento de recogida de datos utilizado no facilitó la retroalimentación con los expertos lo que ha podido suponer una limitación que podría haber sido subsanada combinando esta forma de recogida de datos con entrevistas individuales o grupales o varias rondas de preguntas como en la técnica Delphi (Yañez-Gallardo y Cuadra-Olmos, 2008).

En cualquier caso, recoger las aportaciones realizadas por el grupo de expertos en simulación es útil para tratar de corregir y mejorar la escala CIBISA para ser usada como rúbrica de evaluación en situaciones de simulación clínica o en la práctica clínica habitual, tanto como instrumento de evaluación como de autoevaluación.

Por otro lado, más allá de recoger la opinión de expertos en simulación clínica, sería imprescindible probar y validar la escala CIBISA en este contexto. Es decir, utilizarla como rúbrica en la evaluación, sumativa o formativa, del alumnado en situaciones de simulación clínica. No obstante, este paso, evidente y necesario, requeriría, en nuestro medio, de la adecuación del espacio, la compra de prototipos que permitan la implementación de la simulación de alta fidelidad y el entrenamiento del profesorado en esta metodología o bien de la colaboración con otras Facultades que sí disponen de estos medios. De hecho, varios autores consideran que esta metodología requiere de una inversión en recursos materiales y humanos que, en muchos casos, dificulta su implementación y eleva su coste, haciendo necesaria la colaboración y unificación de recursos (Astbury et al., 2021; Durá-Ros et al., 2015; Martínez Arce et al., 2021; Nehring y Lashley, 2010). Como apuntan Durá-Ros et al. (2015) “sería de utilidad diseñar una red de centros de formación en simulación de Ciencias de la Salud en España, que sea operativa, sostenible y reconocida, que permita optimizar la utilización de estos centros”. En realidad, esta validación fue proyectada pero la inexistencia de medios físicos, económicos, tecnológicos y humanos para llevar a cabo simulaciones de alta fidelidad con fines formativos y evaluativos en la FCCS-UNIZAR hizo necesario rediseñar algunos apartados del plan de investigación original de este trabajo, reconvirtiendo ese proyecto en lo que se ha expuesto con anterioridad.

7 ESTUDIO 4. LA ESCALA CIBISA Y LOS EVENTOS NOTABLES
COMO INSTRUMENTOS DE AUTOEVALUACIÓN EN UNA
EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE EN CUIDADOS DURANTE LA
PANDEMIA POR LA COVID-19

7.1 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

7.1.1 Hipótesis

- La escala CIBISA-COVID es una herramienta válida y fiable para que el alumnado de Grado de Enfermería autoevalúe su aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles en la asistencia a personas de su entorno confinadas durante la pandemia de COVID-19.
- El alumnado de Grado de Enfermería es capaz de identificar a través de los Eventos Notables dimensiones de cuidados invisibles que se relacionan con ítems de la escala CIBISA-COVID en la asistencia a personas de su entorno confinadas durante la pandemia de COVID-19.

7.1.2 Objetivos

- Analizar la validez y fiabilidad de la escala CIBISA-COVID para que el alumnado de Grado de Enfermería autoevalúe su aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles en la asistencia a personas de su entorno confinadas durante la pandemia de COVID-19.
- Examinar la relación entre los ítems de la escala CIBISA-COVID y el discurso del alumnado recogido a través de la narración de Eventos Notables en la asistencia a personas de su entorno confinadas durante la pandemia de COVID-19.

7.2 METODOLOGÍA

7.2.1 Diseño

Se desarrolló un estudio mixto (cuantitativo-cualitativo) con diseño anidado o incrustado concurrente con el modelo cuantitativo como dominante.

7.2.2 Población y muestra

La población diana la constituyó el alumnado de Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza (UNIZAR), de la Universidad de Valladolid-Campus de Soria (UVA-CS), de la Universidad de La Rioja (UR) y de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM) durante el curso 2019-2020. La población a estudio quedó delimitada por los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión
 - Ser estudiante de Grado de Enfermería de las universidades mencionadas durante el curso 2019-2020.
 - Haber proporcionado cuidados a personas confinadas durante la pandemia por COVID-19 en entornos familiares, socio-comunitarios o sanitarios.
- Criterios de exclusión
 - Estudiantes que no hubiesen cumplimentado la escala CIBISA-COVID.
 - Estudiantes que no hubiesen escrito al menos un Evento Notable.
 - Estudiantes que entregasen cuestionarios incompletos, indebidamente cumplimentados o fuera del plazo señalado.

Como la población a estudio fue accesible no se realizó muestreo alguno y se trabajó con una muestra poblacional con el objetivo de reducir al mínimo los efectos de posibles pérdidas.

7.2.3 Variables

Para realizar el estudio se midieron las siguientes variables:

7.2.3.1 Variables del alumnado

- Dependiente:
 - Aprendizaje en cuidados: variable medida través de una adaptación de la escala CIBISA (Urcola Pardo et al., 2017) denominada escala CIBISA-COVID (cuantitativa continua). Los valores cuantitativos que ofrece la escala CIBISA-COVID en relación con

el aprendizaje se complementaron con la recogida de experiencias subjetivas de cuidados vividas por el alumnado. Para ello se utilizaron los Eventos Notables (Blázquez Ornat et al., 2017).

- Independientes:
 - Sexo: hombre, mujer (cualitativa dicotómica).
 - Edad: años (cuantitativa continua).
 - Situación laboral: dedicación exclusiva a los estudios, estudio y trabajo en contexto sanitario antes de la crisis por COVID-19, estudio y trabajo en entorno sanitario desde la crisis por COVID-19, estudio y trabajo fuera del entorno sanitario (cualitativa nominal).
 - Universidad: UNIZAR, UVA-CS, UR y UCAM (cualitativa nominal).
 - Curso académico: primero, segundo, tercero y cuarto (cualitativa ordinal).

7.2.3.2 Variables de los casos

- Dependientes:
 - Satisfacción de Necesidades Humanas: variable medida mediante una escala creada *ad hoc* para este trabajo y no validada estadísticamente denominada escala de Satisfacción de Necesidades Humanas (cuantitativa continua).
 - Sobrecarga psicológica: variable medida mediante una escala creada *ad hoc* para este trabajo y no validada estadísticamente denominada escala de Sobrecarga Psicológica (cuantitativa continua).
- Independientes:
 - Sexo: hombre, mujer (cualitativa dicotómica).
 - Edad: años (cuantitativa continua).

- Nivel académico: sin estudios, Educación Primaria, Educación Secundaria, Bachillerato, Formación Profesional Grado Medio, Formación Profesional Grado Superior, Estudios Universitarios, Máster/Doctorado (cualitativa ordinal).
- Situación laboral: trabajo (Tiempo completo desde casa), trabajo (Tiempo completo fuera de casa), trabajo (Tiempo parcial desde casa), trabajo (Tiempo parcial fuera de casa), estudiante, incapacidad temporal, desempleado/a, retirado/a o jubilado/a o incapacitado/a permanente (cualitativa nominal).
- Estado civil: casado/a o en pareja, soltero/a, separado/a, divorciado/a, viudo/a (cualitativa nominal).
- Núcleo de convivencia: número de personas que componen el núcleo de convivencia en la actualidad (cuantitativa discreta).
- Forma de contacto con el alumnado: presencial, telemática o ambas (cualitativa nominal).
- Días de confinamiento: días (cuantitativa continua)
- Forma de aislamiento: aislamiento estricto en habitación, aislamiento estricto en domicilio, confinamiento saliendo a comprar, trabajar o tratamientos médicos y no realiza ningún confinamiento (cualitativa ordinaria).
- Lugar de confinamiento: vivienda habitual, vivienda secundaria, hospitales y espacios habilitados (hoteles, residencias ...), otros (cualitativa nominal).
- Condiciones de la vivienda: balcón (<2 m cuadrados), terraza (>2 m cuadrados), jardín/patio, varios de los anteriores, ninguno de los anteriores (cualitativa nominal).
- Diagnóstico COVID: negativo, sospecha, positivo (cualitativa ordinal).
- Pertenencia a grupo de riesgo: no pertenece a grupo de riesgo, pertenece a un grupo de riesgo, pertenece a varios grupos de riesgo (cualitativa ordinal).

- Gravedad sintomatológica percibida: variable medida mediante una escala creada *ad hoc* para este trabajo y no validada estadísticamente denominada escala de Gravedad Sintomática Percibida (cuantitativa continua).

7.2.4 Instrumentos de recogida de datos

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario *ad hoc on-line* autoadministrado con los siguientes apartados.

- Cuestionario de datos sociodemográficos y académicos del alumnado (Anexo XI): cuestionario *ad hoc* confeccionado para este estudio en el que se recogieron las variables edad, sexo, situación laboral, curso y universidad.
- Escala CIBISA-COVID (Anexo XII): Es una adaptación de la Escala CIBISA original (Urcola Pardo et al., 2017) utilizada para medir el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles. La adaptación propuesta consistía en una escala de 20 ítems que presentaban al alumnado situaciones/acciones de cuidados. El formato de respuesta era, igual que en la escala original, de tipo *Likert* con cuatro posibles respuestas (1: Casi nunca o Nunca; 2: Alguna vez; 3: Con frecuencia; 4: Casi siempre o Siempre). Estas respuestas valoraban la frecuencia con la que el alumnado realizaba los cuidados por los que se le preguntaba. El valor global de la escala se estima hallando el valor medio de los ítems, de forma que, la puntuación mínima es 1 y la máxima es 4, lo que hace comparable los resultados de esta escala con la escala CIBISA original.
- Eventos Notables (Blázquez Ornat et al., 2017) (Anexo XIII): elaboración de un relato de la relación de cuidados. Para ello el informante puede utilizar el discurso de la persona atendida (como se siente esta y como está viviendo la situación actual). También puede señalar sus intervenciones como cuidadora (desde aspectos técnicos, a intervenciones relacionadas con el bienestar, el confort, la compañía, la escucha o la educación sanitaria). Además, puede dedicar un espacio a reflexionar sobre su propia experiencia como persona cuidadora

(emociones, dificultades, estrategias para afrontar la situación ...). Se recoge un único relato por estudiante, aunque este debe hablar de todo el proceso de cuidados y no de un único encuentro. Para más información ver descripción en el apartado 'Instrumentos de recogida de datos' del Estudio 2 donde se describe con mayor profusión las características de los Eventos Notables.

- Cuestionario de datos sociodemográficos y de cuidados de la persona atendida (información que debe recoger el alumnado sobre la persona atendida) (Anexo XIV): cuestionario *ad hoc* confeccionado para este estudio en el que se recogieron las variables edad, sexo, forma de contacto habitual, nivel académico, situación laboral actual, estado civil, número de hijos/as, núcleo de convivencia, días de aislamiento, forma de aislamiento, lugar de confinamiento, condiciones de la vivienda, diagnóstico COVID y pertenencia a grupo de riesgo.
- Escala de Gravedad sintomatológica (Anexo XV): Para medir la gravedad sintomatológica de la persona atendida se creó, *ad hoc*, una escala hetero-administrada no validada. Esta se componía de 5 ítems que hacían referencia a los síntomas habituales de la COVID-19 descritos por el Ministerio de Sanidad: fiebre, tos seca, disnea, odinofagia y mialgia. El formato de respuesta es tipo *Likert* con cinco respuestas posibles relativas a la duración de los síntomas (1: Asintomática; 2: 1-3 días; 3: 4-7 días; 4: 8-14 días; 5: >14 días). Para calcular el valor global de la escala se suma el valor de cada ítem, de forma que, la puntuación mínima es 5 y la máxima es 25. Se considera que, a mayor puntuación, mayor gravedad de los síntomas.
- Escala de Satisfacción de las Necesidades Humanas (Anexo XVI): Para medir la Satisfacción de las Necesidades Humanas de la persona atendida se creó, *ad hoc*, una escala hetero-administrada no validada. Esta se componía de 14 ítems que se corresponden con las necesidades descritas por Virginia Henderson en su modelo de cuidados. El formato de respuesta es tipo *Likert* con seis respuestas posibles (1: Nada satisfactorio; 2: Un poco satisfactorio; 3: Algo satisfactorio; 4: Bastante satisfactorio; 5: Satisfactorio; 6: Muy satisfactorio). El valor global de la escala se estima sumando el valor de cada ítem, de forma

que, la puntuación mínima es 14 y la máxima es 84. Se considera que, a mayor puntuación, mayor nivel de satisfacción de las necesidades.

- Escala de Sobrecarga psicológica (Anexo XVII): Para medir la sobrecarga psicológica de la persona atendida se creó, *ad hoc*, una escala hetero-administrada no validada. Esta se componía de 6 ítems que hacían referencia a emociones habituales: bienestar, esperanza, confianza, miedo, tristeza y desánimo. De estos ítems los tres primeros se formulan de forma positiva y los tres siguientes de forma negativa. El formato de respuesta es tipo *Likert* con cuatro respuestas posibles (1: Nada; 2: Un poco; 3: A ratos; 4: Casi todo el día). Para calcular el valor global de la escala en primer lugar es necesario invertir el valor de las respuestas de los ítems positivos de forma que se equiparen las puntuaciones con las de los ítems negativos. Una vez realizada esta conversión se suma el valor de cada ítem, de forma que, la puntuación mínima es 6 y la máxima es 24. Se considera que, a mayor puntuación, mayor sobrecarga psicológica.

7.2.5 Procedimiento de recogida de datos

Ante la imposibilidad de que el alumnado pudiera acudir a realizar sus prácticas clínicas con normalidad durante la pandemia por COVID-19 se optó por ofrecer una actividad alternativa a estas prácticas. Se contó con la colaboración de uno o dos docentes de cada uno de los centros colaboradores junto con los que se elaboró una actividad docente denominada Aula CIBISA-COVID. La propuesta pretendía que los estudiantes de Grado de Enfermería contasen como estaban cuidando de personas de su entorno durante el confinamiento. De esta manera se conseguía ofrecer una experiencia de aprendizaje en cuidados que permitía que el alumnado pudiese desarrollar algunos de los conocimientos adquiridos a lo largo de su formación y que adquiriesen otras habilidades de cuidados nuevas. Además, así podían ayudar a personas de su entorno confinadas. Los docentes de cada centro se encargaron de informar, por vía telemática, a los estudiantes de los que eran responsables de la actividad a realizar. Para evitar sobrecargar al alumnado se propuso ofertar esta

actividad como parte de un seminario en sustitución de otras actividades que, debido a la situación de pandemia, no se podían desarrollar. La guía con las actividades a realizar, así como el cuestionario se colgaron en la página web del Proyecto CIBISA para que el alumnado pudiese disponer del material durante toda la fase de recogida de datos que se desarrolló entre los meses de abril y julio de 2020.

7.2.6 Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 23.0. La normalidad se comprobó mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. Se realizó un análisis descriptivo con media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

La determinación de la fiabilidad de las diferentes escalas utilizadas en este estudio se calculó mediante el alfa de Cronbach. Además, la escala CIBISA-COVID, que es una adaptación de la escala original, no estaba estadísticamente validada. Por ello, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) mediante dos mediciones: prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y test de esfericidad de Bartlett. En el caso de que el resultado de la prueba de KMO fuese superior a 0,75 o el test de esfericidad fuese significativo ($p < 0.05$) se realizaría un análisis factorial con rotación Varimax para comprobar si existían dimensiones independientes dentro de la escala (Sánchez-Villegas et al., 2008; Sánchez-Villegas y Martínez González, 2008).

En el análisis inferencial se utilizó la t de Student para variables cualitativas dicotómicas, ANOVA de un factor para aquellas de más de dos categorías y el Coeficiente de Correlación de Pearson para variables cuantitativas. En caso de que no existiera normalidad en la distribución de la variable en los grupos a comparar se utilizaron las correspondientes pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Coeficiente de Correlación de Spearman).

Los datos obtenidos a través de los Eventos Notables se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido clásico (Amezcuca, 2000) con el software QSR Nudist Vivo 12 Pro.

Se analizaron uno a uno todos los Eventos Notables reportados por el alumnado. Inicialmente se seleccionó una muestra aleatoria de las narrativas de cincuenta participantes que analizaron dos investigadores de manera independiente y a través de la cual se acordaron las categorías de análisis. El resto de los Eventos Notables fueron analizados por un solo investigador.

Como estructura teórica de referencia se partió de las dimensiones del cuidado: bienestar, seguridad y autonomía; propuestas por Germán Bes et al. (2004) en el Triángulo de los Cuidados que es la base teórica a partir de la cual se construye la escala CIBISA inicialmente. A pesar de adoptar esta base teórica no se desestimaron otros contenidos que fueron conformando nuevas categorías según se desarrollaba el análisis. Una vez establecidas todas las categorías principales se realizaron análisis pormenorizados de cada una de ellas para valorar la existencia de subcategorías.

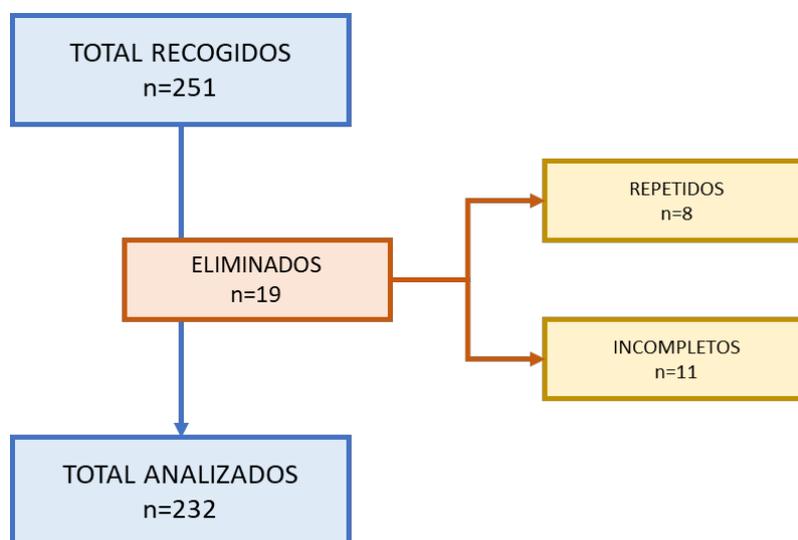
Además, se comprobó si los contenidos analizados y clasificados en este árbol de categorías y subcategorías se correspondían con los ítems de la escala CIBISA. También se hizo un análisis cuantitativo en el que se recontó el número de referencias para cada categoría en función del sexo, la universidad y la puntuación media de la escala CIBISA-COVID.

7.3 RESULTADOS

Se recogieron un total de 251 cuestionarios y Eventos Notables, aunque la muestra final para el análisis fue de 232, dado que se retiraron 19 de ellos por estar repetidos o incompletos (Figura 7-1).

Figura 7-1

Diagrama de flujo



7.3.1 Alumnado, la escala CIBISA-COVID y el aprendizaje en cuidados

El 83,6 % del alumnado fueron mujeres y la media de edad fue de 22,77(DE = 5,82). La mayoría pertenecían a la UVA-CS, eran de tercer curso y se dedicaban exclusivamente a los estudios (Tabla 7-1).

La media de la escala CIBISA-COVID presentó una distribución no normal (Z de Kolmogorov-Smirnov = 0,092, $p < 0,001$) alcanzando una media de 3,51(DE = 0,34). El análisis de fiabilidad de esta adaptación de la escala dio como resultado un alfa de Cronbach de 0,849 y solo al retirar el ítem 15 se mejoraba la fiabilidad ($\alpha = 0,854$). En el AFE se obtuvo un valor de KMO de 0,873 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 5 componentes obtuvieron valores superiores a 1, que explicaban un 53,7 % de la varianza.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los valores medios de la escala CIBISA agrupados por universidades ($p = 0,014$) (Tabla 7-2), obteniendo los valores más altos UNIZAR y diferenciándose esta de UVA-CS ($p = 0,006$) y de UR ($p = 0,004$) (Tabla 7-3 y Figura 7-2).

Tabla 7-1

Descripción de variables sociodemográficas y académicas

Variables	n	Descripción
		Media (DE) o %
Edad (años)	232	22,77 (5,82)
Sexo		
Mujeres	194	83,6 %
Hombres	38	16,4 %
Universidad		
UCAM	28	12,1 %
UR	71	30,6 %
UVA-CS	85	36,6 %
UNIZAR	48	20,7 %
Curso Académico		
Primero	2	0,9 %
Segundo	78	33,6 %
Tercero	138	59,5 %
Cuarto	14	6,0 %
Situación Laboral		
Solo estudios	181	78,0 %
Estudio y trabajo en contexto sanitario antes COVID	20	8,6 %
Estudio y trabajo en contexto sanitario desde COVID	11	4,7 %
Estudio y trabajo fuera de contexto sanitario	20	8,6 %
CIBISA-COVID	232	3,51 (0,34)

Nota: %: porcentaje; DE: Desviación Estándar; n: tamaño de la muestra; UCAM: Universidad Católica

San Antonio de Murcia; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UR: Universidad de La Rioja; UVA-CS:

Universidad de Valladolid-Campus de Soria.

Tabla 7-2

Comparación de los valores medios de la escala CIBISA-COVID en los grupos establecidos por las variables sociodemográficas y académicas

Variables	n	Comparaciones con escala CIBISA-COVID19		
		Media (DE)	Estadístico	p-valor
Edad (años)	232	22,77 (5,82)	$\rho = 0,070$	0,288
Sexo				
Mujeres	194	3,48 (0,28)	U = 3254,5	0,253
Hombres	38	3,51 (0,35)		
Universidad				
UCAM	28	3,56 (0,29)	$\chi^2 = 10,621$	0,014
UR	71	3,45 (0,34)		
UVA-CS	85	3,49 (0,29)		
UNIZAR	48	3,59 (0,44)		
Curso Académico				
Primero	2	3,70 (0,42)	$\chi^2 = 2,692$	0,442
Segundo	78	3,48 (0,31)		
Tercero	138	3,52 (0,37)		
Cuarto	14	3,56 (0,25)		
Situación Laboral				
Solo estudios	181	3,51 (0,30)	$\chi^2 = 1,852$	0,604
Estudio y trabajo en contexto sanitario antes COVID	20	3,58 (0,27)		
Estudio y trabajo en contexto sanitario desde COVID	11	3,61 (0,32)		
Estudio y trabajo fuera de contexto sanitario	20	3,38 (0,66)		

Nota: DE: Desviación Estándar; n: tamaño de la muestra; ρ : Coeficiente de Correlación de Spearman;

p: p-valor (significación); U: U de Mann-Whitney; UCAM: Universidad Católica San Antonio de Murcia;

UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UR: Universidad de La Rioja; UVA-CS: Universidad de Valladolid-

Campus de Soria; χ^2 = Chi-cuadrado (Kruskal-Wallis).

Tabla 7-3

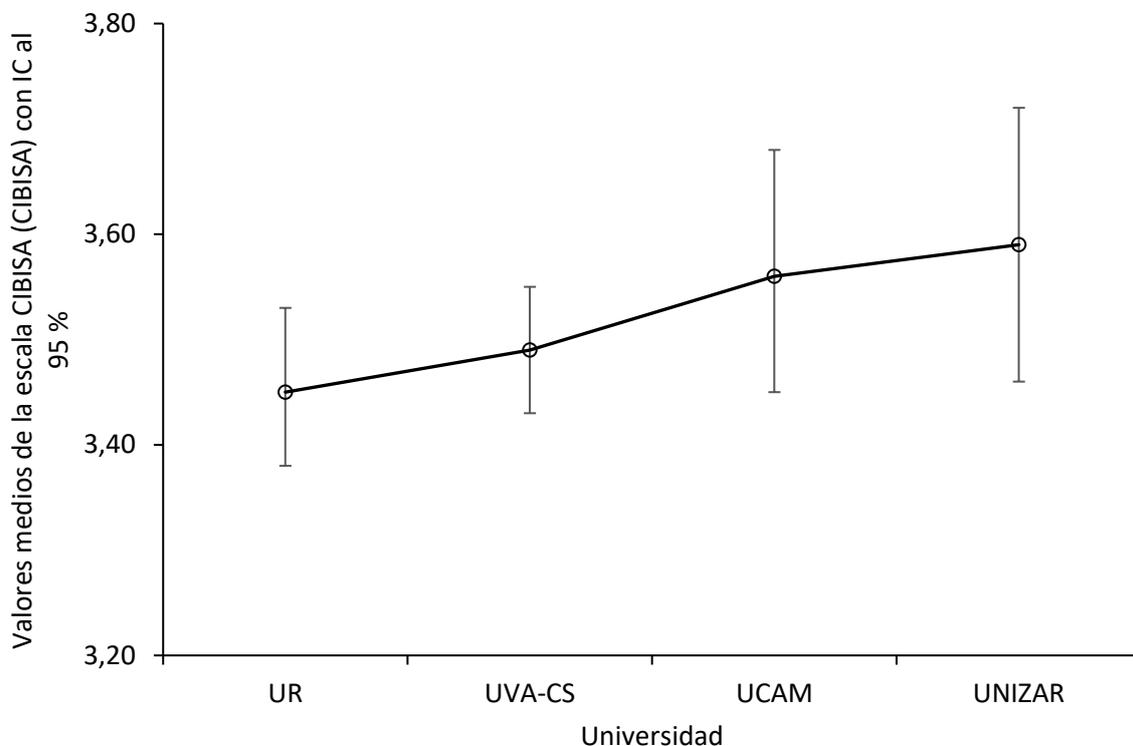
Análisis post-hoc de la variable universidad con la escala CIBISA-COVID

Universidades		CIBISA	
		Estadístico	p
UCAM	UR	U = 805,5	0,142
	UVA-CS	U = 994,5	0,193
	UNIZAR	U = 595,0	0,406
UR	UCAM	U = 805,5	0,142
	UVA-CS	U = 2926,0	0,744
	UNIZAR	U = 1178,0	0,004
UVA-CS	UCAM	U = 994,5	0,193
	UR	U = 2926,0	0,744
	UNIZAR	U = 1452,0	0,006
UNIZAR	UCAM	U = 595,0	0,406
	UR	U = 1178,0	0,004
	UVA-CS	U = 1452,0	0,006

Nota: CIBISA: Escala CIBISA; p: p-valor (significación); U: U de Mann-Whitney; UCAM: Universidad Católica San Antonio de Murcia; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UR: Universidad de La Rioja; UVA-CS: Universidad de Valladolid-Campus de Soria.

Figura 7-2

Valores medios de la escala CIBISA (CIBISA) según la universidad



Nota: CIBISA: Escala CIBISA; IC: Intervalo de confianza; UCAM: Universidad Católica San Antonio de Murcia; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UR: Universidad de La Rioja; UVA-CS: Universidad de Valladolid-Campus de Soria-.

7.3.2 Los casos

El 59,9 % los casos (n = 232) fueron mujeres y la media de edad fue de 60,67(DE = 21,31). La mayoría de las personas atendidas estaban casadas o tenían pareja (55,2 %) siendo mucho menos frecuentes aquellas personas que estaban separadas (1,7 %) o divorciadas (4,7 %). Casi la mitad de estas personas o no poseían estudios (21,6 %) o estos eran primarios (25 %). Por otro lado, el 49,1 % se encontraban retirados, jubilados o incapacitados frente al 26,3 % que estaban trabajando o el 4,7 % que eran estudiantes. El 19,9 % estaban en situación de desempleo o de incapacidad temporal.

En cuanto al aislamiento las personas atendidas llevaban una media de 27,74 días de aislamiento (DE = 18,15) siendo lo más frecuente el aislamiento estricto en domicilio (43,5 %). El 92,2 % de los casos se encontraban en núcleos de convivencia de entre 1 y 4 personas, aunque el núcleo de convivencia más habitual fue el de una sola persona (35,5 %). El lugar en el que se encontraban las personas atendidas bien fuera su vivienda habitual (87,9 %), una vivienda secundaria (4,7 %) u hospitales o espacios habilitados (7,3 %); poseía al menos un balcón o una terraza o un jardín o un patio en el 87,5 % de los casos. La forma más habitual (59,5 %) en la que el alumnado entró en contacto con las personas atendidas fue la telemática (llamada telefónica, videollamada o chat).

De las personas atendidas el 28,9 % tenían un diagnóstico de COVID positivo y el 64,6 % pertenecían a uno o varios grupos de riesgo. La distribución de valores para la escala de gravedad sintomatológica presentó una distribución no normal (Z de Kolmogorov-Smirnov = 0,168, $p < 0,001$), y se obtuvo una media de 9,38 (DE = 4,55). El nivel de satisfacción de las necesidades tampoco se distribuyó normalmente en la población (Z de Kolmogorov-Smirnov = 0,103, $p < 0,001$) y la media fue de 66,24 (DE = 13,40). Por último, para la sobrecarga psicológica se alcanzó un valor medio de 13,29 (DE = 3,78) y la distribución no siguió la curva normal (Z de Kolmogorov-Smirnov = 0,108, $p < 0,001$).

En la Tabla 7-4 pueden verse todos los datos relativos a las características sociodemográficas de las personas atendidas por el alumnado.

Para las escalas de Gravedad Sintomatológica, Satisfacción de Necesidades y Sobrecarga Psicológica se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,831, 0,925 y 0,816, respectivamente. Además, en ningún caso retirar ítems mejoraba la fiabilidad.

En la escala de gravedad solo se apuntaban los síntomas principales atribuidos a la COVID-19. Sin embargo, las personas atendidas describieron también otros síntomas como se puede observar en la Tabla 7-5.

Tabla 7-4*Descripción de las variables sociodemográficas y de salud de los casos*

Variables	n	Descripción	
		Media (DE) o %	Min-Max
Edad (años)	232	60,67 (21,31)	5-95
Sexo			
Mujeres	139	59,9 %	
Hombres	93	40,1 %	
Nivel académico			
Sin estudios	50	21,6 %	
Educación Primaria	58	25,0 %	
Educación Secundaria	17	7,3 %	
Bachillerato	18	7,8 %	
Formación Profesional Grado Medio	19	8,2 %	
Formación Profesional Grado Superior	21	9,1 %	
Estudios Universitarios	42	17,7 %	
Máster/Doctorado	8	3,4 %	
Situación Laboral			
Trabajo (Tiempo completo desde casa)	10	4,3 %	
Trabajo (Tiempo completo fuera de casa)	39	16,8 %	
Trabajo (Tiempo parcial desde casa)	4	1,7 %	
Trabajo (Tiempo parcial fuera de casa)	8	3,4 %	
Estudiante	11	4,7 %	
Incapacidad Temporal	34	14,7 %	
Desempleado/a	12	5,2 %	
Retirado/a o Jubilado/a o Incapacitado/a permanente	114	49,1 %	
Estado Civil			
Casado/a o en pareja	128	55,2 %	
Soltero/a	37	15,9 %	
Separado/a	4	1,7 %	
Divorciado/a	11	4,7 %	
Viudo/a	52	22,4 %	
Núcleo de convivencia			
1 persona	82	35,3 %	
2 persona	60	25,9 %	
3 persona	43	18,5 %	
4 persona	29	12,5 %	
5 persona	9	3,9 %	
6 persona	1	0,4 %	
7 persona	1	0,4 %	
>7 personas	7	3,0 %	
Días de aislamiento	232	27,74 (18,15)	0-80
Forma de aislamiento			
Aislamiento estricto en habitación	81	34,9 %	
Aislamiento estricto en domicilio	101	43,5 %	
Confinamiento saliendo	50	21,6 %	

Variables	n	Descripción	
		Media (DE) o %	Min-Max
Lugar de aislamiento			
Hospitales y espacios habilitados	17	7,3 %	
Vivienda habitual	204	87,9 %	
Vivienda secundaria	11	4,7 %	
Condiciones de la vivienda			
Balcón (<2 m cuadrados)	91	39,2 %	
Terraza (>2 m cuadrados)	57	24,6 %	
Jardín/Patio	29	12,5 %	
Varios de los anteriores	26	11,2 %	
Ninguno de los anteriores	29	12,5 %	
Diagnóstico COVID-19			
Negativo	76	32,8 %	
Sospecha	89	38,4 %	
Positivo	67	28,9 %	
Pertenencia a grupo de riesgo			
No pertenece a grupo de riesgo	82	35,3 %	
Pertenece a un grupo de riesgo	72	31,0 %	
Pertenece a varios grupos de riesgo	78	33,6 %	
Forma de Contacto			
Presencial	67	28,9 %	
Telemática	138	59,5 %	
Presencial y Telemática	27	11,6 %	
Gravedad Sintomatológica	232	9,38 (4,54)	5-25
Satisfacción de Necesidades Humanas	232	66,24 (13,40)	14-84
Sobrecarga Psicológica	232	13,29 (3,78)	6-24

Nota: %: porcentaje; DE: Desviación Estándar; Max: Máximo; Min: Mínimo; n: tamaño de la muestra.

Tabla 7-5

Síntomas no comunes de COVID-19 descritos por el alumnado.

Ageusia	Dolor abdominal	Mareo
Anorexia	Dolor de espalda	Mocos
Anosmia	Dolor de oído	Náuseas
Astenia	Dolor pecho	Picor de ojos
Cefalea	Dolor torácico	Presión en el pecho
Congestión nasal	Escalofríos	Rinorrea
Debilidad muscular	Estreñimiento	Sarpullido
Dermatitis	Hiperalgnesia	Sequedad de ojos
Desorientación	Infección de orina	Tos productiva
Diarrea	Insomnio	Trombosis
Disfagia	Malestar general	Vómitos

Como se puede comprobar en las Tablas 7-6 y 7-7, se observaron asociaciones entre las variables satisfacción de necesidades y sobrecarga psicológica con las relativas al aislamiento, diagnóstico COVID-19 y pertenencia a grupos de riesgo.

Se hallaron asociaciones inversas entre la satisfacción de necesidades, la edad y la gravedad sintomatológica y asociaciones directas entre la sobrecarga psicológica, la edad, la gravedad sintomatológica y la satisfacción de necesidades (Tabla 7-8).

Tabla 7-6

Comparaciones entre variables sociodemográficas y de salud con la variable satisfacción de necesidades

Variables	n	Satisfacción de Necesidades Humanas		
		Media (DE)	Estadístico	p-valor
Forma de Aislamiento				
Aislamiento estricto en habitación	81	60,80 (15,55)	$\chi^2=21,191$	<0,001
Aislamiento estricto en domicilio	101	67,60 (12,11)		
Confinamiento saliendo	50	72,28 (7,88)		
Lugar de Aislamiento				
Hospitales y espacios habilitados	17	47,12 (18,12)	$\chi^2=20,111$	<0,001
Vivienda habitual	204	67,82 (11,90)		
Vivienda secundaria	11	66,36 (8,54)		
Condiciones de la vivienda				
Balcón (<2 m cuadrados)	91	67,60 (13,15)	$\chi^2=11,124$	0,025
Terraza (>2 m cuadrados)	57	66,84 (11,10)		
Jardín/Patio	29	63,97 (13,42)		
Varios de los anteriores	26	70,34 (12,85)		
Ninguno de los anteriores	29	59,34 (16,55)		
Diagnóstico COVID-19				
Negativo	76	71,00 (10,29)	$\chi^2=16,043$	<0,001
Sospecha	89	66,12 (11,18)		
Positivo	67	60,99 (16,94)		
Pertenencia a Grupo de riesgo				
No pertenece a grupo de riesgo	82	67,99 (12,57)	$\chi^2=2,215$	0,330
Pertenece a un grupo de riesgo	72	66,24 (12,49)		
Pertenece a varios grupos de riesgo	78	64,40 (14,89)		

Nota: %: porcentaje; DE: Desviación Estándar; n: tamaño de la muestra; p: p-valor (significación); χ^2 = Chi-cuadrado (Kruskal-Wallis).

Tabla 7-7

Comparaciones entre variables sociodemográficas y de salud con la variable sobrecarga psicológica en los casos

Variables	n	Sobrecarga Psicológica		
		Media (DE)	Estadístico	p-valor
Forma de Aislamiento				
Aislamiento estricto en habitación	81	14,32 (4,13)	$\chi^2=10,522$	0,005
Aislamiento estricto en domicilio	101	13,05 (3,44)		
Confinamiento saliendo	50	12,12 (3,49)		
Lugar de Aislamiento				
Hospitales y espacios habilitados	17	16,23 (3,53)	$\chi^2=12,375$	0,002
Vivienda habitual	204	13,11 (3,76)		
Vivienda secundaria	11	12,09 (2,59)		
Condiciones de la vivienda				
Balcón (<2 m cuadrados)	91	12,86 (3,81)	$\chi^2=11,985$	0,017
Terraza (>2 m cuadrados)	57	13,98 (3,64)		
Jardín/Patio	29	13,41 (3,49)		
Varios de los anteriores	26	11,58 (3,10)		
Ninguno de los anteriores	29	14,72 (4,18)		
Diagnóstico COVID-19				
Negativo	76	12,08 (3,34)	$\chi^2=13,259$	0,001
Sospecha	89	13,47 (3,49)		
Positivo	67	14,43 (4,25)		
Pertenencia a Grupo de riesgo				
No pertenece a grupo de riesgo	82	12,65 (3,68)	$\chi^2=14,931$	0,001
Pertenece a un grupo de riesgo	72	12,69 (3,81)		
Pertenece a varios grupos de riesgo	78	14,53 (3,59)		

Nota: %: porcentaje; DE: Desviación Estándar; n: tamaño de la muestra; p: p-valor (significación); χ^2 = Chi-cuadrado (Kruskal-Wallis).

Tabla 7-8

Correlaciones entre las variables edad, gravedad sintomatológica, satisfacción de necesidades y sobrecarga psicológica en los casos

	1	2	3	4
1. Edad	-			
2. Gravedad Sintomatológica	$\rho = -0,229^{**}$	-		
3. Satisfacción de necesidades	$\rho = -0,142^*$	$\rho = -0,383^{**}$	-	
4. Sobrecarga psicológica	$\rho = 0,144^*$	$\rho = 0,300^{**}$	$\rho = 0,484^{**}$	-

Nota: ρ : Coeficiente de Correlación de Spearman, p: p-valor (significación). * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

7.3.3 Los Eventos Notables: análisis de contenido, categorías y su relación con los ítems de la escala CIBISA-COVID y variables sociodemográficas y académicas.

En este estudio se extrajeron un total de nueve categorías de análisis principales. Se mantuvieron las tres categorías que dan nombre a la escala: ‘Bienestar’, ‘Seguridad’ y ‘Autonomía’. El resto de las categorías fueron las denominadas ‘Emociones’, ‘Contacto’, ‘Entorno de cuidados’, ‘Reconocimiento’, ‘Profesionalización’, y ‘Efectos para la salud’. Para la categoría ‘Seguridad’ se establecieron las siguientes subcategorías: ‘Presencia de seguridad’, ‘Falta de seguridad’ y ‘Enfermedad, técnicas y tratamiento’. En el caso de la ‘Autonomía’ se crearon las subcategorías: ‘Educación sanitaria’, ‘Autocuidados’ y ‘Falta de autocuidados’. En la Tabla 5-4 se encuentran definidas la mayoría de las categorías referidas en este estudio. Además, en la Tabla 7-9 pueden verse las definiciones de las nuevas categorías que se han hallado en este estudio.

Tabla 7-9

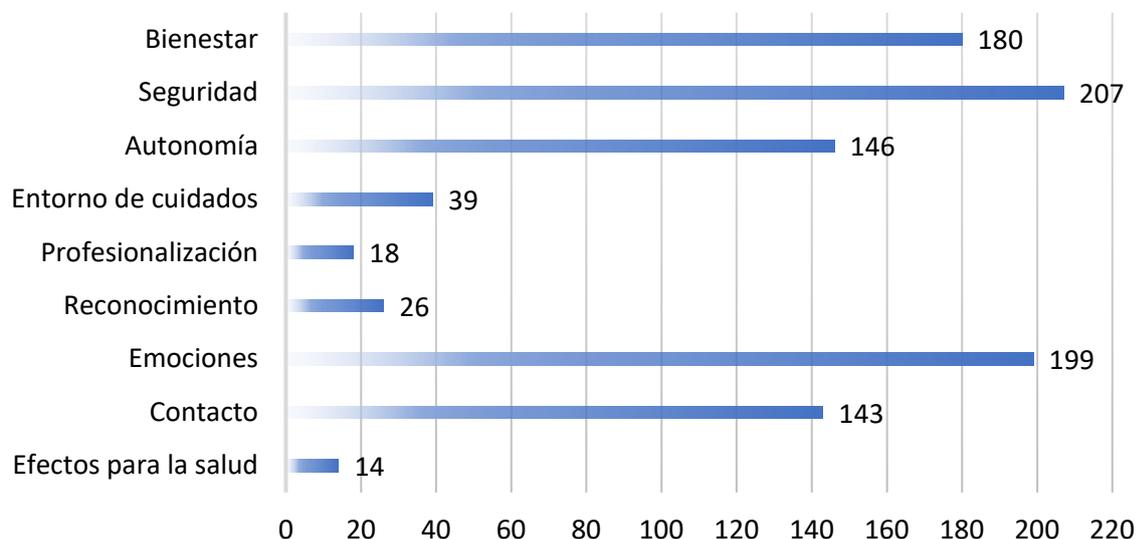
Definiciones de las nuevas categorías extraídas del análisis de los Eventos Notables

Contacto	Son expresiones que describen la forma a través de la cual el alumnado se ha relacionado con la persona atendida y que abarcaba desde el contacto y la presencia física más estrecha a las opciones telemáticas (llamada, videollamada o chat).
Efectos para la salud	Son expresiones del alumnado en las que se exponen las consecuencias que, a corto plazo, tienen las intervenciones de cuidados.

En el Figura 7-3, puede verse el número de estudiantes que identificaron cada una de las categorías en sus Eventos Notables. Prácticamente la totalidad del alumnado describió intervenciones relativas a la ‘Seguridad’. También en número elevado los participantes narraron aspectos relacionados con las categorías ‘Bienestar’, ‘Autocuidados’, ‘Emociones’ y ‘Contacto’. Un número reducido relataron aspectos relativos a la ‘Profesionalización’, el ‘Reconocimiento’, el ‘Entorno de cuidados’ y los ‘Efectos para la salud’.

Figura 7-3

Número de estudiantes que identifican cada una de las categorías en sus Eventos Notables



7.3.3.1 Bienestar

Del total de fragmentos extraídos un 16,9 % conformaron esta categoría que fue referenciada por 180 participantes de los 232 totales.

En esta categoría el alumnado recogió la importancia de estar presente. Bien es cierto que esta presencia, en muchos casos, no fue física debido a la necesidad de aislamiento impuesta por las circunstancias. De hecho, como puede verse en algunos de los fragmentos extraídos, el alumnado identificaba que la inexistencia del contacto físico suponía una dificultad o limitaban la sensación de cuidar. En cualquier caso, ante la imposibilidad de permanecer junto a la persona atendida las narrativas describían la importancia del acompañamiento no presencial y la disponibilidad.

"[...] me resulta difícil animar sin poder tener un contacto físico (una caricia, un abrazo...) [...]".

Informante: 4_003

"Desde mi perspectiva, ha sido un poco difícil atender de esta forma porque algo muy importante para proveer cuidados es la cercanía y el contacto".

Informante: 4_008

“Le digo que en cualquier situación que lo necesite se ponga en contacto conmigo o me mande un mensaje si así lo considera [...]”.

Informante: 4_023

“Nos llamamos 2 o 3 veces al día. Un familiar se ha encargado de estar con ella durante los días que estuvo más afectada. [...] toda la familia colabora para hablar con ella y mantenerla entretenida durante el día y que así no se sienta tan sola”.

Informante: 4_058

“[...] al no recibir una visita de forma presencial, pensaban que sus familiares habían dejado de quererlos. Era en esos momentos, cuando más necesitaban de nuestro apoyo y compañía”.

Informante: 4_084

“Siempre antes de colgar, le recuerdo que estoy a su disponibilidad el día completo para lo que le haga falta”.

Informante: 4_200

“[...] lo más importante de esta experiencia ha sido estar ahí en todo momento, y hacer saber a esa persona que estaba ahí para lo que necesitara”.

Informante: 4_211

Una de las formas de demostrar esa disponibilidad y presencia era la de llevar las compras, la comida, los medicamentos al domicilio de la persona afectada o confinada. Es decir, suplir a la persona en lo relacionado con salir del domicilio.

“[...] le proporcionamos la comida y todo lo que pueda necesitar”.

Informante: 4_006

“Cuando salgo a comprar el pan, compro también el suyo y cuando hago mi compra aprovecho y le compro las cosas que él me ha dicho que necesita. La comida y la cena se la preparo yo porque la cuidadora que tenía dos horas los lunes, miércoles y viernes no viene a causa del confinamiento”.

Informante: 4_070

“Yo junto a mi familia nos encargamos de hacerle la compra y tirarle la basura para que no salga de casa. Vivimos cerca, ella sabe que si necesita algo solo tiene que llamarnos”.

Informante: 4_083

También la suplencia en aspectos básicos que garanticen un mínimo nivel de confort físico fue descrita por el alumnado. En unos casos estos cuidados eran proporcionados por el alumnado a la persona atendida en su domicilio, dado que eran convivientes, o bien por otros familiares.

"[...] como somos 2 en casa yo me encargué de sus cuidados y de necesidades para que se encontrara lo mejor posible y no tuviese la necesidad de salir [...]. Durante este tiempo le dejaba la comida en la puerta y él la cogía".

Informante: 4_015

"Acudir a su habitación cuando requería ducha diaria o caldos y comida blanda en platos y cubiertos desechables"

Informante: 4_065

Escuchar, calmar, tranquilizar, animar o distraer han sido también intervenciones realizadas en este contexto de garantizar el bienestar.

"Como cuidadora me limito a escucharle y animarle en la medida de lo posible [...]"

Informante: 4_003

"Durante estas [llamadas], le pregunto cómo está, que ha hecho durante el día".

Informante: 4_010

"Le anime a verbalizar cómo se sentía, así como, hacerle saber que yo estaba ahí para ayudarla".

Informante: 4_013

"Desde entonces, nos ponemos en contacto con ella diariamente para informarnos de su estado y brindarle apoyo emocional".

Informante: 4_019

"Intenté escucharla, informarla y tranquilizarla el tiempo que estuve con ella, y pareció entenderlo".

Informante: 4_024

"Hablamos una hora todos los días a través de videollamadas en las que le pregunto cómo se encuentra, escucho sus sentimientos y pensamientos y le doy ánimos para que se sienta un poco mejor y esté más entretenido".

Informante: 4_031

"[...] grabamos un vídeo para darle ánimos y se sintió muy querido y agradecido, le dio fuerza. [También trato de] Entretenerle para que deje de pensar en la enfermedad por un rato e intentar animarle a través de videollamadas o llamadas con la familia para que mantuviera un buen estado de ánimo y para que pudiera expresar sus sentimientos y sus vivencias".

Informante: 4_061

"Esta forma de contactar me ha permitido empatizar con él y darle la oportunidad de que se exprese emocionalmente, acerca de sus miedos, inseguridades y temores, si las hubiese".

Informante: 4_062

“He tratado de apoyar psicológicamente a la persona dando ánimos y esperanzas lo más realistas posibles”.

Informante: 4_069

“Cuando se sentía así, se respaldaba en mi para intentar paliar un poco todas esas emociones hablando y desahogándose conmigo”.

Informante: 4_161

“Los cuidados realizados han sido: escucha activa y dejar que exprese sus sentimientos; usar técnicas de distracción; permanecer junto a ella en la distancia (teléfono) para promover la seguridad y reducir el ‘miedo’; mostrar interés por su estado de salud 3 veces al día más o menos”.

Informante: 4_204

También puede apreciarse que el alumnado presta atención a la forma en la que se lleva a cabo la interacción con la persona atendida y pone énfasis en aspectos como presentarse u observar cómo es el tono de voz o la expresión facial.

“[...] me presento, le pregunto cómo se encuentra, observo su expresión, su voz y el entorno y posteriormente [...] me cuenta lo que quiere y yo le escucho”.

Informante: 4_230

“me presento como apoyo telefónico realizando un primer análisis de su situación donde consigo información sobre su situación actual”.

Informante: 4_232

Otra cuestión que contempló el alumnado a la hora de poner en práctica estas acciones dirigidas al bienestar fue la inclusión de la persona en el plan de cuidados, respetando preferencias y deseos, llegando a acuerdos.

“Le recomendé dejar de tomarse la temperatura con tanta frecuencia y finalmente llegamos al acuerdo de medirla únicamente dos veces al día o si empeoraba su estado físico o si se sentía peor. Con esto se evitó estar todo el día pendiente de este síntoma”.

Informante: 4_103

“He vuelto a planear con él actividades de ejercicio físico, actividades de ocio. Ha vuelto a expresarme sus sentimientos y hemos podido conversar y mejorar su estado de ánimo [...]”.

Informante: 4_129

“Además, es muy importante que ellos mismos participen en el plan de cuidados [...]”.

Informante: 4_205

El alumnado además reflejó en sus narrativas que el hecho de estar presente había fortalecido las relaciones con las personas atendidas.

“[...] la relación con mi abuela se ha visto muy reforzada, nos hemos unido aún más, me atrevería incluso a decir que no solo estoy yo siendo su apoyo, sino que ella también está siendo el mío”.

Informante: 4_054

Por último, aunque en la mayoría de los casos narrados por el alumnado los cuidados eran prestados en el entorno domiciliario y comunitario, bien por ellos mismos o por algún familiar, en algunos casos puntuales los cuidados del bienestar se han ubicado en contextos profesionales y han sido desarrollados por el propio alumnado (en caso de que trabajaran en centros residenciales u hospitalarios) o por profesionales sanitarios.

“Nuestra labor según el turno de trabajo es proporcionarle los cuidados básicos de la vida diaria (aseo, alimentación, bienestar físico, confort, vestimenta, etc.). [...]. Las intervenciones relacionadas con el bienestar emocional con los residentes de casos confirmados son escasas, pero nuestro acercamiento y compañía en el momento del aseo, alimentación, cambio de pañal es fundamental porque observamos en su rostro la evolución de sus síntomas, ya que son residentes que llevan años en el centro y algunas trabajadoras (me incluyo) conocemos su forma de interactuar y comportamiento, antes de esta pandemia”.

Informante: 4_022

“Una vez el médico terminaba la consulta, era el turno de la enfermera, la cual, aparte de hablar y tener un acercamiento con el paciente, le administraba los medicamentos pautados y realizaba las técnicas que fueran precisas. [...]. Por último, era el turno del personal TCAE y los auxiliares-celadores, quienes les dábamos las comidas, les realizábamos los aseos, les ayudábamos a cambiar posturas y les dábamos conversación y acercamiento”.

Informante: 4_084

“Esta falta de fuerza le impedía levantarse y poder hacer necesidades básicas como realizar su higiene personal o ir al baño, por lo que requería el cuidado de la enfermera o auxiliar de enfermería para poder llevarlo a cabo, a las cuales podía solicitar ayuda por medio del timbre. [...]. Pronto muchas de las enfermeras optaron por colgarse un cartel con una foto suya y con su nombre para hacer a los pacientes más fácil su identificación. [...] esta iniciativa fue muy bien recibida por él ya que le ayudaba a ubicarse mejor. [...]. Una enfermera que era amiga de una de sus hijas le intentaba visitar dos veces por semana con el fin de llevarle pasatiempos. Si no lo podía hacer, lo dejaba en el control de la planta metido en una bolsa donde le escribía un mensaje de apoyo que según me relata le reconfortaba mucho. En las ocasiones que esta enfermera lo visitaba en la habitación, tuvo la oportunidad de hacer alguna llamada con alguno de sus familiares, que le ayudo a seguir y luchar contra el virus. Añade que era un afortunado ya que según le contaba esta enfermera la gran mayoría de los pacientes no tenían la oportunidad de poderse comunicar con sus familiares. Las visitas del médico fueron pocas y siempre que las realizaba, lo hacía junto con las enfermeras, las cuales como siempre me preguntaban qué tal estaba”.

Informante: 4_085

“Durante esos días pude realizarle cuidados de enfermería, pero sin comunicación alguna más allá de los comentarios de ánimo que le decía esperando que me pudiese escuchar. A parte de los cuidados puramente técnicos me dediqué a preguntarle cosas y animarle tanto como fuera posible, recuerdo decirle todos los días al final del turno: ‘hoy es un día menos, ya estas más cerca de volver a ver a tu familia y a tu mascota de la que tanto me hablas’. Encontré entre sus pertenencias su perfume personal y decidí usarlo para intentar que le recordase a su aseo de casa, a su hogar. [...]. Cuando llegué al siguiente turno su cama estaba vacía, lo habían subido a planta. Aunque no era mi zona de trabajo, cada dos días subía a visitarlo y conocí a su mujer en persona, solo la había visto una vez cuando realizamos una videoconferencia desde UCI. La mujer parecía tener nociones de cuidados y ya lo había afeitado y pelado, cada vez tenía mejor cara y se comunicaba mejor”.

Informante: 4_206

7.3.3.2 Seguridad

Esta categoría fue referenciada por un total de 207 alumnos y obtuvo un porcentaje de referencias de 25,9 %. En esta categoría se recogieron fragmentos relativos a los cuidados dirigidos a la vigilancia y control de síntomas y a evitar la aparición de la enfermedad. Se generaron a su vez tres subcategorías ‘Seguridad’, ‘Falta de seguridad’ y ‘Enfermedad, técnicas y tratamiento’. Esta última se subdividió, a su vez, en sintomatología, contagio y técnicas propiamente dichas.

En la primera de las subcategorías se recogieron todas aquellas acciones de cuidados dirigidas a prevenir el contagio y garantizar la seguridad de la persona atendida y de la persona que atiende. En general existe bastante concordancia en las medidas propuestas y descritas por el alumnado. En primer lugar, hay que destacar las medidas de aislamiento y distanciamiento social.

“A medida que se agravaron los síntomas, fue cuando se confinó en una habitación aislada en su domicilio, por sospecha de COVID-19. [...]. Su familia le proporciona cuidados, pero manteniendo la distancia”.

Informante: 4_004

“[...] manteníamos la distancia de seguridad de 2 metros en los casos que abría la puerta y ambos con mascarilla [...]”.

Informante: 4_028

“Debe mantener contacto con sus familiares a más de 2 metros de distancia [...]”.

Informante: 4_031

“La persona con la que contacté estuvo aislada 10 días. Desde el primer momento que se notó con síntomas llamó a su médico de cabecera y le aconsejó que se aislara en su cuarto sin contacto con nadie para evitar contagiar a su familia. [...] decidimos que ella solo usaría uno [baño] y los demás harían uso del otro para no tocar ni estar en el mismo sitio que los demás. Se quedó en un cuarto sola durante todos los días sin ir ni a la cocina ni al comedor, que es donde estaban sus hijos y su marido”.

Informante: 4_215

Por otro lado, describieron medidas de protección personal como el uso de mascarilla y guantes y el lavado de manos.

“[...] le dije que siempre que saliera de su habitación se pusiera guantes y mascarilla”.

Informante: 4_009

“Le expliqué que debía utilizar guantes para cualquier contacto con secreciones, utilizar mascarilla cuando compartieran el mismo espacio y lavarse las manos si entraba en contacto”.

Informante: 4_110

“[...] tomando las medidas necesarias: como es el lavado de manos frecuente, el uso de mascarilla”.

Informante: 4_157

“Seguimos estrictamente todas las medidas de seguridad posibles [...] debía lavarse las manos con mucha frecuencia, aunque no estuviera en contacto con nada del exterior [...] Yo me ofrecí a ayudarla en todo lo posible, por lo que todos los días iba a su casa con guantes y mascarilla”.

Informante: 4_205

Otras medidas como la limpieza y el desecho de materiales, la ventilación de espacios, así como el lavado de la ropa, personal y de cama, también fueron referenciadas por el alumnado.

“Cada vez que salía al baño [...] llevaba un trapo con alcohol para cuando tocaba los manillares de las puertas. Utilizábamos unos cubiertos, platos, tazas y vasos específicos para él y teníamos una esponja específica para lavar sus platos y los metíamos al lavavajillas. El día que supimos que lo ingresaban en el hospital nos mandaron a lavar todas las sábanas, mantas, a desinfectar todo de la habitación y a dejarla libre unos cuantos días. Luego cuando volvió toda la ropa que traía del hospital la lavamos y cuando terminaron los 15 días de aislamiento volvimos a desinfectar la habitación”.

Informante: 4_030

“[...] debía mantenerla lo mejor ventilada posible y con la puerta cerrada [la habitación]. [...]. En su habitación debía habilitar un cubo de basura individual que se accionara con pedal [...] debían de limpiar a diario las superficies que tocara como el inodoro o el baño con lejía (1 parte de lejía al 5 % por cada 50 partes de agua). [...] A la hora de limpiar la vajilla le recomendé utilizar el lavavajillas y lavar la ropa en la lavadora al menos a 60 °C para eliminar cualquier residuo”

Informante: 4_110

“[...] los objetos de uso personal se encontraban separados del resto [...] se mantenía el domicilio con una adecuada ventilación, y se limpiaba continuamente con desinfectantes. Realizando primero una limpieza para una posterior desinfección [...] limpiar la compra del supermercado con agua y lejía, no entrar a casa con el calzado que utilizamos para salir a la calle [...] estaba lavando la ropa a una temperatura elevada con el fin de adoptar una higiene más adecuada, además de aumentar el tiempo de lavado de esta. Al igual que realizaba con los cubiertos o cualquier otro utensilio que utilizará la hija”.

Informante: 4_216

La segunda subcategoría recogió algunos fragmentos en los que se apreciaba que, a pesar de las recomendaciones de cuidados realizadas por el personal sanitario y las indicaciones de aislamiento, la persona atendida no tomaba las medidas de precaución apropiadas en cada momento, bien por no ser consciente de la gravedad, bien por falta de medios materiales para poder llevar a cabo las medidas de protección.

“[...] dado que la disponibilidad de medidas preventivas (mascarillas) son escasas en su barrio”.

Informante: 4_010

“[...] al principio le costó un poco lo de mantener el confinamiento [...] salía a dar paseos de vez en cuando, y no lo respetaba, ya que él pensaba que, al ser un pueblo tan pequeño, no pasaría nada por dar una vuelta”.

Informante: 4_055

“En cuanto al cómputo de recomendaciones, no las ha seguido muy estrictamente, ya que ha salido de casa [...]. He percibido que no ha llegado a ser plenamente consciente del porqué de esta situación de confinamiento, ya que se sentía muy reacio a seguir mis recomendaciones sobre no salir de casa y sobre la higiene”.

Informante: 4_102

“[...] al principio no conseguían tener una para cada uno [mascarillas] porque en la farmacia del pueblo no quedaban existencias”.

Informante: 4_114

“Al principio del confinamiento es cierto no nos hizo mucho caso y tomó la situación como algo sin sentido e incapaz de cobrarse tantas vidas”

Informante: 4_221

En este apartado de falta de seguridad también se clasificaron fragmentos en los que el alumnado relataba la inexistencia de medios materiales para protegerse en los centros de trabajo, bien en los que ellos estaban trabajando o bien en los que los familiares atendidos trabajaban.

“[...] también con el estar ‘rogando’ que te proporcionen algunos EPI [Equipos de Protección Individual]”.

Informante: 4_036

“Las dificultades que hemos tenido han sido muchas y de diversa índole. Al principio no había EPI [Equipos de Protección Individual] suficientes ni información sobre cómo usarlos. Las medidas de protección eran mínimas y había mucho desconocimiento del virus. Tampoco había espacio físico para poder aislar a una persona sola en la habitación, ya que estas son de 3 personas. Debido a estas dificultades, muchos cuidadores y usuarios resultaron contagiados”.

Informante: 4_068

“Al haber tan poco material sanitario para hacer frente a este virus, todo el personal sanitario está expuesto y luchando diariamente contra él”.

Informante: 4_151

En relación con la última de las subcategorías, ‘Enfermedad, técnicas y tratamiento’, los fragmentos analizados iban referidos, esencialmente a describir el proceso de enfermedad y las pruebas asociadas. En ellas se han descrito los síntomas de la COVID-19, más o menos usuales, la forma de contagio o las pruebas diagnósticas utilizadas, siendo las más frecuentes la toma de temperatura y la PCR. También hubo estudiantes que describieron algunas formas de tratamiento sintomático. Se incluyen aquí todas las referencias relativas a la vigilancia clínica.

En su mayoría los contagios descritos por el alumnado han sido en contextos sanitarios bien como profesionales bien como pacientes. No obstante, como se ve en los ejemplos, también se describieron contagios en espacios no relacionados con el entorno sanitario. Coincide que, en estos casos, los espacios en los que se produce el contagio eran lugares en los que confluía mucha gente.

“La persona cree que se contagió mientras el confinamiento no era obligatorio, en un supermercado abarrotado unos días antes de que este comenzara”.

Informante: 4_007

“Es sanitaria y se contagió en el hospital”.

Informante: 4_099

“La situación de mi abuelo es un poco complicada de contar y explicar. Ya que, se contagió de COVID-19 en la residencia que residía desde hace más de 12 años”

Informante: 4_166

“Su madre trabaja en una fábrica y una compañera suya lo cogió. Al cabo de los días mi tía comenzó a tener síntomas y al poco mi primo. A ella le hicieron la prueba y dio positivo pero mi primo al no pertenecer a ningún grupo de riesgo no se la hicieron (todo esto paso hace ya un mes)”.

Informante: 4_201

Por otro lado, el alumnado enumeró signos y síntomas de las personas a las que atendían. En muchos casos estos síntomas eran los propios de la COVID-19. En otros resultaban más anodinos o directamente el relato hablaba de cómo algunos síntomas de enfermedades crónicas previas empeoraban, bien por la COVID-19 o por el hecho de permanecer confinados.

“Llegué a tener febrícula un día, cefaleas unos 7, el sabor y el olor volvieron a los 10 días, la tos seca persistió un par más”.

Informante: 4_001

“La persona atendida se trata de mi abuelo, de 83 años, diagnosticado de Alzheimer. Su enfermedad empeoró considerablemente a raíz del estado de alarma y el estar en aislamiento domiciliario. Su ciclo diurno-nocturno se desestabilizó por completo y no duerme por las noches, no camina correctamente y también se encuentra cognitivamente muy deteriorado”.

Informante: 4_017

“La situación en el hogar es algo complicada. La señora tiene síntomas de gravedad progresiva, tanto fiebre (superior a 38 °C) como alteraciones gastrointestinales y mucha dificultad para respirar”.

Informante: 4_025

“Él nos contó que había tenido síntomas compatibles con el COVID-19 pero que no le había dado importancia creyendo que podía ser un catarro ya que no se sentía muy mal y con un Paracetamol® que se tomaba cuando se encontraba algo peor mejoraba la situación y la poca fiebre que tenía desaparecía. Respecto a tos, diarrea o cualquier otro síntoma, no tenía ninguno, solo algo de dolor de cabeza los primeros días”.

Informante: 4_103

“Sus primeros síntomas fueron los temblores y los mareos [...]. A medida que pasaban los días, los síntomas se fueron intensificando, manifestando pérdida de olfato y gusto, dolores muy intensos de cabeza, dolor muscular y unas décimas de fiebre, a lo que su médica le dijo que eran síntomas compatibles con la COVID-19. [...]. Por estas fechas empezó a notar síntomas de ahogo, refería sentir presión en el pecho y la espalda [...] su saturación que empezó a bajar a un 91 y 92 %”.

Informante: 4_217

En cuanto a las técnicas, a nivel diagnóstico destaca la realización de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa). En la narrativa del alumnado se indica que se hacían, sin embargo, no aparece relatado cómo se realizaba la técnica.

“[...] le realizaron la prueba PCR y salió positivo”.

Informante: 4_008

“[...] mañana me realizan de nuevo la PCR”.

Informante: 4_044

“Tras hablar con el médico le dijo que el martes por la noche fuera a Txagorritxu a realizarse la prueba del PCR”.

Informante: 4_186

Por otro lado, el alumnado enumeró otras técnicas empleadas para el control y vigilancia sintomática como la toma de temperatura acompañada de la anamnesis de síntomas clínicos.

“[...] se tomaba la temperatura 3 veces al día”.

Informante: 4_015

“[...] llevo un diario con las temperaturas, los síntomas y estoy pendiente de que no le dé disnea”.

Informante: 4_043

“Todos los días le he recordado que se mirara la temperatura y que estuviera atento a los síntomas que se le presentaban, así como de los que dejaba de tener”.

Informante: 4_093

“Normalmente solemos preguntarle si ha tenido fiebre, si tiene dificultades respiratorias y si ha descansado bien, puesto que muchas noches no puede dormir por la disnea”.

Informante: 4_095

Otras técnicas nombradas fueron realización de Tomografías Axiales Computarizadas (TAC), el manejo de vía aérea (gafas nasales, mascarilla con reservorio o intubación), la realización de curas o la extracción de analítica de sangre.

Por último, en relación con el tratamiento, mayoritariamente, se describieron tratamientos recomendados o administrados para el control sintomático de la enfermedad: antipiréticos y antiinflamatorios, fundamentalmente. Sí que en los contextos de cuidados más especializados se describieron otros tratamientos más específicos. Por último, también hay descripciones más que del tipo de tratamiento de la vigilancia y supervisión de la toma de medicamentos crónicos.

“Le indique que se tomase Paracetamol® cuando padeciese fiebre, así como cuando tuviese dolor de cabeza o garganta muy persistentes”.

Informante: 4_013

“También estamos atentos a los horarios y dosis de sus pastillas, pues debe tomar analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios por la infección, así como otros medicamentos para enfermedades previas, como antiarrítmicos y antidepresivos”.

Informante: 4_025

“Precisó gafas nasales y mascarilla con la que tuvo saturaciones del 87-89 %, aunque posteriormente fue mejorando, alcanzando saturaciones entorno al 94 % con el soporte de oxígeno. Como tratamiento se usó la hidroxicloroquina y corticoides, con esto y la terapia respiratoria mencionada anteriormente, la condición de mi abuelo fue mejorando”.

Informante: 4_034

7.3.3.3 Autonomía

Esta categoría, que supuso el 12,7 % de las referencias analizadas, fue identificada en los Eventos Notables por un total de 146 alumnos. Se generaron tres subcategorías: ‘Educación Sanitaria’, ‘Autocuidados’ y ‘Falta de Autocuidados’.

Ante la imposibilidad, en muchos casos de atención presencial y ante la confusión existente en torno a los cuidados frente a la COVID-19, buena parte de la atención prestada por el alumnado se centró en la educación sanitaria sobre la sintomatología y formas de transmisión de la COVID-19, la prevención frente al contagio de dicha enfermedad y la promoción de autocuidados (higiene, alimentación, descanso, comunicación y entretenimiento). Parte del alumnado narró de forma genérica como desarrollaba estas acciones de cuidados.

“[...] he utilizado la educación sanitaria como estrategia para ayudarle a afrontar la situación”.

Informante: 4_062

“[...] le informé de la importancia del correcto lavado de manos, además de todo lo sugerido con relación a la pandemia y a los autocuidados que debía seguir”.

Informante: 4_063

“Le aconsejaba que tuviera la misma rutina que de normal, que desinfectase bien la casa, ventilase, se alimentara bien, que tuviera una buena higiene [...]”.

Informante: 4_194

En otras ocasiones el alumnado fue más concreto y explicitaba en sus narrativas las recomendaciones que realizaba. Por ejemplo, en relación con la sintomatología del virus, las formas de transmisión y contagio y el tratamiento sintomático decían lo siguiente:

“Le explique, en las primeras tomas de contacto, la importancia de tomarse diariamente la temperatura. Le indique que se tomase Paracetamol® cuando padeciese fiebre, así como cuando tenía dolor de cabeza o garganta muy persistentes”.

Informante: 4_013

“[...] le doy una serie de recomendaciones sobre cómo debe cuidarse y cuidar al resto de su familia e información acerca de cuándo debe acudir al hospital en caso de que sus síntomas empeoren (como, por ejemplo, si presentara disnea)”.

Informante: 4_031

“Una parte fundamental es el conocimiento de los principales síntomas del virus y cómo se debe actuar en caso de tenerlos, por lo que le informé de todos y cada uno de los aspectos que debía llevar a cabo en esa situación”.

Informante: 4_073

“Así mismo le informe sobre los signos y síntomas de la enfermedad, tales como fiebre, tos seca, disnea, mareos, mialgias [...]”.

Informante: 4_105

“Con el fin de tranquilizarles, les explique los signos y síntomas de la enfermedad, sus vías de transmisión [...]. Por último, les recomendé que llamasen a su médico si presentaban alguno de los síntomas característicos de la enfermedad”.

Informante: 4_124

Otras recomendaciones fueron dirigidas a prevenir el contagio y que las personas atendidas conocieran las medidas de seguridad y protección frente a la COVID-19.

“Le recomendé que limpiara bien el baño con lejía tras su uso y que lavara la ropa a altas temperaturas. Así mismo, le dije que siempre que saliera de su habitación se pusiera guantes y mascarilla y que mantuviera su habitación y demás habitaciones de la casa bien ventilados”.

Informante: 4_009

“Le recomiendo que además de estar aislado en su casa, para evitar contagiar al resto de la familia, debería realizar el aislamiento en una habitación única y, a poder ser, con baño propio. Debe evitar salir de la habitación, a menos que sea estrictamente necesario, manteniéndola ventilada y con la puerta cerrada. Debe mantener contacto con sus familiares a más de 2 metros de distancia (y si puede ser mejor comunicarse por teléfono para evitar salir de la propia habitación y contagiar al resto de personas) y disponer de un cubo para poder depositar todas las cosas del paciente dentro de la propia habitación”.

Informante: 4_031

“En cada una de las llamadas realizadas, le he planteado diferentes recomendaciones a la hora de la higiene de manos y el uso de mascarillas y guantes en el caso de salir a la compra. También sobre el mantenimiento de la distancia de seguridad y una puesta al día de las novedades que el Gobierno ha ido dando”.

Informante: 4_066

“[...] le he ido haciendo una serie de recomendaciones [...] En cuanto a las medidas higiénicas, me centré en la importancia que hay en desinfectar todos los rincones de la casa para así evitar cualquier tipo de microorganismo no deseado. Como mi abuela vive sola, no necesita tener medidas de aislamiento dentro de la casa. Además, cada vez que tenía que salir de casa por algún motivo, le dije que debía hacerlo con guantes y mascarilla para así intentar evitar cualquier tipo de contagio, y cuando regresara lavarse bien las manos. No obstante, ella ya sabía que no debía interaccionar con otras personas si se cruzaba con ellas en la calle”.

Informante: 4_073

“[...] le recordaba que usara todos los equipos de protección que tuviera a su alcance para evitar el contagio, entre ellos: mascarillas, guantes, batas, uso de pantallas protectoras y el correcto lavado de manos tanto con agua y jabón, y en ocasiones con gel hidroalcohólico. También desinfección de su lugar de trabajo con agua y lejía, como el teclado, ratón, silla, mesa, etc. Le advertí sobre mantener la distancia de seguridad con los posibles pacientes contagiados, como con los compañeros de trabajo”.

Informante: 4_105

“[...] hago las recomendaciones oportunas [...]. Permanecerá en la habitación con la puerta cerrada hasta finalizar el aislamiento. Si tuviera que salir al baño utilizaría mascarilla y realizaría higiene de manos, además de intentar limpiar con lejía tras su uso. Mantener zonas comunes ventiladas. Disponer de cubo de basura con tapa en la habitación, utensilios de aseo de uso individual, cambiando las toallas utilizadas periódicamente. No recibir visitas durante el aislamiento. Lavar la ropa de cama, toallas, etc.; de las personas enfermas con jabones o detergentes habituales a 60-90 °C y dejar que se seque completamente. Esta ropa deberá colocarse en una bolsa hasta el momento de lavarla. Evitar sacudir la ropa antes de lavarla. Los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios reutilizables se lavarán con agua caliente y jabón o preferiblemente en el lavavajillas”.

Informante: 4_232

Por otro lado, el alumnado trató de promover en las personas atendidas hábitos de vida saludables, especialmente sobre alimentación y ejercicio, y adaptaba estas recomendaciones a la situación de confinamiento. También se incluyen en estos fragmentos referencias a recomendaciones sobre entretenimiento y comunicación.

“Le he explicado a la paciente algunas técnicas de relajación, así como escuchar música que le relaje, o descargarse aplicaciones en el móvil para que esté entretenida y pueda evadirse. [...]. Al encontrarse triste, le recomendé una serie muy entretenida, que le ayudó a evadirse y no pensar tanto en el tema. También le expliqué como hacer videollamadas para que pudiera estar en contacto y ver a sus seres queridos. [...]. Este día le expliqué técnicas de relajación como las respiraciones profundas y la respiración diafragmática, ambas muy sencillas y útiles. También le recomendé que, dentro de lo posible, llevara una dieta sana, y evitara comer alimentos procesados, para no sentirse pesada y evitar posibles problemas digestivos. [...]. Le expliqué algunos ejercicios de estiramiento, y para moverse un poco, ya que llevaba muchos días en la cama. También le recomendé vídeos de YouTube con técnicas de relajación como el yoga”.

Informante: 4_009

“[Le pregunta a su abuelo] si hace algún tipo de ejercicio por casa, ya que es bastante grande y yo le animo a que lo haga, si come bien o realiza algún tipo de dieta; yo le pase una lista con algunos alimentos que podía comer con más frecuencia que otros [...]. En esas conversaciones, le digo una serie de actividades que puede realizar en casa, con el objetivo de que esté entretenido el mayor tiempo posible y que no esté aburrido, como juegos de mesa, series o películas, ejercicio como dar vueltas por la casa, o subir y bajar escaleras”.

Informante: 4_055

“En cuanto a las medidas psicológicas, le dije que es muy importante estar entretenido para pasar el rato. Hacer cualquier actividad que a ella le resulte agradable y divertida, por lo que así no se hará tan largo el día. En estos días también es muy importante estar en contacto con tus seres queridos, por lo que le propusimos hacer una videollamada todos los días (la duración de la llamada variaba dependiendo del día, entre 45-60 minutos) para despejar la mente. También le dije que no estuviera siempre viendo las noticias, para no sobreesaturarse de información y que lo hiciera solo unas dos veces al día”.

Informante: 4_073

“Además de lo mencionado anteriormente, me encargo de motivar y animar a la casa para la realización de actividad física diaria, organizo entrenamientos y los adapto al nivel de cada uno, ya que mantener un mínimo de actividad física diaria es esencial para la salud mental y física de cada uno”.

Informante: 4_181

“Le recomiendo ejercicios de atención plena mindfulness para disminuir el nivel de estrés. [...]. Finalizo esta asistencia sabiendo que ha podido comprender la información sobre su situación y que ha logrado aprender actuaciones para disminuir su estrés y conseguir dormir, disminuyendo así también las mialgias y el cansancio muscular.”

Informante: 4_232

Además, para el alumnado parece que era importante que la información que ofrecían fuese fidedigna, de calidad y se basase en documentos técnicos y oficiales, evitando la sobreinformación o los bulos.

“Mantener al enfermo informado acerca de la enfermedad, con fuentes fiables para evitar que vea la tele o ponga la radio, ya que tendrá un exceso de información que a veces no es correcta y se puede preocupar y le puede producir ansiedad”.

Informante: 4_061

“Además, le aconsejo que limite el tiempo que pasa informándose sobre las últimas noticias de la pandemia y que compruebe toda información que recibe antes de creer en su veracidad”.

Informante: 4_064

“[...] busqué guías de recomendaciones para seguir en casa y evitar el contagio con los familiares, para explicarle algunas de las medidas que podrían ser efectivas en este caso. [...] Le pregunté sobre las fuentes de información en las que consultaba estas noticias y le sugerí que buscará en fuentes fiables como podía ser la página oficial de la OMS o los documentos y páginas oficiales del gobierno”.

Informante: 4_103

“[...] la persona atendida a veces confundía información veraz con otra que no lo era y ahí también se debe intervenir para explicarle claramente lo que es y no es verídico y para ello se requiere de una comunicación fluida y regular con esta persona para detectar estos errores de información”.

Informante: 4_133

También el alumnado especificó cuándo esta intervención educativa venía desde los servicios de salud, señalando, además, que la figura que lo realizaba era la enfermera.

“Enfermería ha sido la encargada de enseñar a la familia de los cuidados que se deben llevar a cabo en este caso y las medidas de protección adecuadas para evitar posibles contagios”.

Informante: 4_004

“El profesional sanitario le proporcionó todas las indicaciones que tenía que llevar a cabo en su domicilio [...] la enfermera le recomienda que realice actividades que le despejen de esta situación”.

Informante: 4_007

Por otro lado, también se relató en los Eventos Notables los recursos propios utilizados por las personas atendidas o el alumnado para cuidarse a sí mismos cuando se encontraban asintomáticas o cuando presentaban algún síntoma.

“[...] me tenía que cuidar para cuidar a los demás. [...] Iba a recibir mis propios autocuidados. Empecé a realizar mi plan de confinamiento [...]. No descuidé mi higiene ni un solo día, sino que me intenté ‘mimar’ más, haciéndome mascarillas caseras e hidratándome la piel. Limpiaba bien la casa todos los días, barría, fregaba, quitaba el polvo, así también me mantenía activa y podía dormir sin ningún problema por las noches. Me hidrataba bebiendo mucha agua y haciéndome infinidad de té que tenía olvidados en la alacena. Mientras los síntomas iban disminuyendo me centré en cuidar mi salud mental, identifiqué y estudié mis miedos, medité, me reconcilié conmigo misma y me prometí que me iba a cuidar. También dibujé por las mañanas, hice yoga por las tardes y descubrí que soy la mejor cocinera haciendo sopas de verdura calentitas. Durante esta situación lo que me ayudó más es cuidar mi salud mental, dedicarme el tiempo que por falta de este no me había podido regalar antes, escuchar las necesidades de mi cuerpo y descansar”.

Informante: 4_001

“[...] había comido un poco y se había aseado, lo que me hizo pensar que no tenía actitud de rendirse y estaba haciendo [algo] por sentirse bien, [...] había descansado mejor, había estado andando un poco por la habitación [...] intentaba mantenerse activo físicamente, aunque la mayor parte del día estaba descansando en la cama”.

Informante: 4_008

“[...] mantiene contacto diariamente con sus familiares y amigos; realiza tareas propias del hogar, así como teletrabajo para aprovechar el tiempo y sentirse realizado; la lectura de libros y las películas forman parte de su principal forma de entretenimiento”.

Informante: 4_062

“Ella es independiente en las catorce necesidades, por lo que no le supone ningún problema cocinar, comer y beber de forma adecuada, mantener su higiene personal, vestirse de manera adecuada y adaptarse a la temperatura. Tampoco tiene ningún problema para comunicarse”.

Informante: 4_094

“Durante el confinamiento no ha necesitado cuidador principal porque es totalmente independiente para las AVD y ha realizado ejercicio caminando por el patio y talando leña”.

Informante: 4_119

“[...] para moverse un poco suele andar por casa [...]. Ella misma se realiza los cuidados personales necesarios”.

Informante: 4_171

“Ella sabía cuándo tenía que tomarse la temperatura y los medicamentos que necesitaba porque también es sanitaria. [...]. Cuando empezó a encontrarse mejor hacía deporte en la habitación y si no se entretenía mediante videollamadas con la familia y amigos o viendo la televisión”.

Informante: 4_172

“Para ayudar a disminuir los síntomas tomó unos sobres para la tos [...] y recurrió a métodos naturales como ‘vahos de eucalipto’ y también colocó dos almohadas para dormir más erguida”.

Informante: 4_173

“En ese momento, ella misma decidió aislarse en la habitación durante 14 días. [...] me comento que realiza correctamente los cuidados. [...]. Si necesita salir de la habitación utiliza una mascarilla FFP2 y guantes. En caso de fiebre toma un antipirético. Para no desanimarse y que se le pase antes el tiempo, lee, ve la televisión, hace puzles, videollamadas con sus amigas y más familiares [...]”.

Informante: 4_193

En oposición a los fragmentos referidos con anterioridad, en ocasiones el alumnado identificó cómo las personas atendidas o bien no seguían las recomendaciones de salud y cuidados o bien habían dejado de realizar autocuidados.

“En cuanto al cómputo de recomendaciones, no las ha seguido muy estrictamente [...] apenas ha realizado ejercicio físico, manifestando en alguna ocasión dolores musculares debidos a malas posturas y muestras de cansancio”.

Informante: 4_102

“Antes del confinamiento acudía al gimnasio con cierta regularidad (1-2 veces por semana) y realizaba dieta. Ahora, debido al cansancio y el poco tiempo del que dispone apenas realiza ejercicio en casa y ha abandonado la dieta”.

Informante: 4_168

“Durante la primera semana presentaba una mayor sintomatología por lo que su actividad física se vio muy reducida, alterando autocuidados básicos como son la higiene o los ciclos del sueño”.

Informante: 4_223

“[...] apenas comía y la rutina que tenía anteriormente dejó de seguirla; por lo que empezó a estar más tiempo sedentario en la cama y comiendo alimentos pocos saludables”.

Informante: 4_227

7.3.3.4 Entorno de cuidados

Las descripciones del entorno en el que se desarrollaron los cuidados supusieron un 2 % de las referencias analizadas y fueron relatadas por 39 de los 232 estudiantes que participaron en el estudio. En esta ocasión, el contexto en el que el alumnado cuidó difería de aquel en el que habitualmente desarrolla sus prácticas clínicas, el entorno sanitario. Lo común fue referirse al entorno más íntimo, el del hogar. En relación con este se describió cómo era la infraestructura de la vivienda (especialmente el tamaño, el número de baños y si estos se encuentran en la habitación y zonas al aire libre como balcones, terrazas o jardines) y, en algunas ocasiones, cómo esta infraestructura influía en la situación de salud de las personas atendidas.

“[...] vivimos en una casa grande con un buen jardín, por lo que no se siente confinado [...]”.

Informante: 4_002

“La mayor dificultad es a la hora de compartir el baño ya que solo disponemos de uno”.

Informante: 4_015

“Al disponer de un balcón en su habitación, podía salir a disfrutar del exterior”.

Informante: 4_033

“Dispone de una tele, baño propio, balcón y ventanal amplio”.

Informante: 4_046

“Reside sola en un domicilio con escasa luz, algo que en numerosos documentos de recomendaciones para el COVID 19 lo consideran primordial [...]”.

Informante: 4_054

“Unos días antes de decretarse el estado de alarma decidimos trasladarnos a Rebollar, un pueblo situado a 22 km de Soria, donde tenemos una casa con jardín y huerto en el que mi abuelo pasa grandes ratos muy a gusto. Es un pueblo pequeño sin ningún tipo de servicio. Tal es así que la cobertura del móvil apenas llega. Sin tiendas y con servicio médico una vez a la semana. Aun así, pensamos que era lo mejor para ellos dos, ya que no es lo mismo una casa de campo, con todas las comodidades de espacio, que un piso en la ciudad”.

Informante: 4_065

“La habitación es bastante grande y tiene un balcón para la ventilación y baño propio, así que fue posible seguir las recomendaciones oficiales. La persona afirma que respecto a este aspecto estaba contenta pues tenía bastante espacio y se sentía cómoda”.

Informante: 4_122

“La habitación aislada presenta un baño particular por lo que le es posible realizar la higiene básica diaria”.

Informante: 4_134

“Hay varios inconvenientes ya que el baño que utiliza ella, lo comparte con un familiar y por eso algún familiar debe desinfectarlo cada vez que sale”.

Informante: 4_193

Algunas personas, habitualmente aquellas que además de estudiar trabajaban en entornos residenciales u hospitalarios, describieron este, tanto en su estructura física como en el ambiente de trabajo en el que se desarrollaban los cuidados.

“A mediados de abril tuve el alta y fui a trabajar, pero la situación de mi centro con respecto a los residentes ya había cambiado, varios positivos confirmados, sospechas y por desgracia dos fallecimientos a día de hoy. [...]. Con respecto a la información por parte del centro a los trabajadores de cómo proceder ante esta situación excepcional ha sido escasa ya que se han limitado a darnos documentos para que estemos informadas, pero nada práctico. Ha sido con la colaboración del trabajo en equipo de enfermería-TCAE y algún otro colectivo que nos hemos ido informando y especializando en cómo realizar nuestras tareas de forma eficaz y evitar seguir transmitiendo el virus hacia otras personas. Pero eso no deja que nos sintamos un poco olvidadas cada vez que entramos al módulo al cuidado de los residentes, porque en esas horas estamos también confinada con ellos”.

Informante: 4_022

“Mi planta era considerada observación ‘sucía’, en la que, cuando salían los resultados se les trasladaba a una planta u otra”.

Informante: 4_045

“[...] del 30 de marzo al 30 de abril, trabajé como auxiliar-celador en el hospital de campaña de Aranda de Duero. Se acondicionó un recinto, destinado a la atención y cuidados de personas diagnosticadas del virus COVID-19. Los pacientes que tuvimos fueron todos mayores de 75 años. [...]. En este recinto contábamos con la suerte de poder ver a los pacientes desde una visión elevada y conjunta de todos ellos, asegurándonos del bienestar de los pacientes. También se sumaba un balcón desde el cual podíamos hablarles y averiguar si requerían alguna cosa”.

Informante: 4_113

7.3.3.5 Profesionalización

Fueron 18 participantes los que narraron, en sus relatos, fragmentos que podrían relacionarse con esta categoría. Estas referencias supusieron el 0,8 % del total. El contenido de estos testimonios pone de manifiesto que la experiencia de cuidados vivida genera aprendizaje, refuerza el componente vocacional del cuidado y describe cómo el alumnado se sitúa como profesional.

“Pacientes de los que siempre te llevarás un grato recuerdo, te enseñan a valorar la vida y te hacen recordar porque escogiste esta profesión”.

Informante: 4_040

“Sin embargo, me ha ayudado mucho a crecer como Enfermera y a ver realmente lo importante que son esos ‘cuidados invisibles’ que hacen grande y especial esta profesión y van más allá de cualquier técnica”.

Informante: 4_044

“[...] con toda esta situación me he dado cuenta de que esta es mi verdadera vocación”.

Informante: 4_051

“Como futura enfermera, he aprendido a sentir empatía por los familiares que se encuentran en este tipo de situaciones y la importancia que tenemos en esta profesión de, además de centrarnos en el paciente, centrarnos en la familia y en sus necesidades”.

Informante: 4_061

“Esta experiencia me ha hecho crecer como persona y darme cuenta de que con muy poco puedes ayudar a mucha gente, aunque las circunstancias por las que uno esté pasando sean malas y esa ayuda tenga que ser en la distancia. Con el simple hecho de tener el apoyo de otra persona y el poder contar todo lo que te pasa hace que uno se sienta mejor y con ánimos de seguir para delante y luchando por todo. También me ha hecho reforzar mi entusiasmo de ser enfermera para poder ayudar a los demás no solo en el ámbito físico sino también en el psicológico ya que no todo lo que les ocurre a las personas tiene que ver con un problema físico”.

Informante: 4_209

7.3.3.6 Reconocimiento

El 1,2 % de las referencias correspondían a esta categoría y fueron identificadas en las narrativas de 26 estudiantes. Esta categoría se caracteriza por aglutinar fragmentos en los que se señala la sensación de que otros reconocen los cuidados prestados, bien por el alumnado, bien por la familia, bien por los profesionales sanitarios. Habitualmente este reconocimiento viene determinado por el agradecimiento.

“[...] lo que ha hecho que dé las gracias por los ánimos y el apoyo recibido”.

Informante: 4_012

“[...] me dice que se siente muy agradecido de todos los cuidados recibidos por su mujer o por cualquier persona que aportó su granito de arena para hacer algo más leve todo el proceso”.

Informante: 4_110

“En todas nuestras videollamadas, siempre me ha dado las gracias por ‘cuidarlo desde la distancia, que no es poco”.

Informante: 4_208

Parece que el hecho de agradecer está especialmente ligado a que la persona atendida se haya sentido acompañada o apoyada.

También, en los casos en los que las personas atendidas requirieron de atención sanitaria específica se puede apreciar este agradecimiento, aunque este se diluye entre el equipo y no se le atribuye solo a la labor de cuidados, propiamente dicha.

“Todos los días nos contaba que estaba muy agradecido con todo el personal que le había atendido, incluso con la señora de la limpieza”.

Informante: 4_030

“La atención de los servicios sanitarios ha sido excepcional, le llamaban 1-2 veces por semana y le hablaban por WhatsApp cada 2 días debido a la enfermedad cardiovascular que padece”.

Informante: 4_099

También algunos creen que durante la pandemia el papel de la enfermera se ve legitimado.

“El papel de enfermería es fundamental en una situación así, y ojalá después de esto esté valorado como se merece”.

Informante: 4_009

7.3.3.7 Emociones

En esta ocasión la categoría 'Emociones' fue referida por buena parte del alumnado (199 estudiantes) y fue la que aglutinó el mayor porcentaje referencias (31,9 %). En esta categoría se recogieron todas aquellas referencias relativas a las sensaciones y sentimientos vividos por las personas atendidas o por el alumnado durante el periodo de confinamiento.

Entre las personas atendidas las emociones más destacadas fueron la tristeza, el miedo, la preocupación, la soledad, la incertidumbre y el nerviosismo. Como se puede observar en los siguientes fragmentos, el miedo, la preocupación y el nerviosismo se relacionó, en muchas ocasiones, con la sobreinformación telemática, con la posibilidad de contagiar a familiares o con la muerte.

"Afirma que su principal sentimiento ante esta nueva situación que nadie controla es miedo. Tiene miedo ante la posibilidad de contagiar a las personas que más quiere y desatar una cadena de contagios tras sus pasos incluso cuando crea que puede salir a comprar y terminar con su aislamiento en una habitación".

Informante: 4_011

"Anímicamente, ahora se siente con una mayor inseguridad y miedo de que pudiese complicarse su situación, aun así, le hemos aconsejado que no se obsesione con ver todas las noticias ya que le estaban aumentando su nivel de nerviosismo y ansiedad".

Informante: 4_019

"Al principio de empezar con toda esta situación, esta paciente ya se mostraba bastante inquieta y preocupada porque otra paciente que recibe el mismo tratamiento en la misma sala ya había dado positivo en coronavirus, y como es normal, tenía mucho miedo al contagio por su enfermedad y ser persona de riesgo".

Informante: 4_036

"Él se encontraba mal, especialmente preocupado al pensar en sus hijos y su mujer, y en el peligro que les había puesto los días anteriores, se arrepentía de no haberse encerrado antes en la habitación desde que empezó a sentir los primeros síntomas. Además, me dijo que esa noche casi no había podido dormir por la preocupación que tenía por este tema. [...] lo vi preocupado y algo nervioso [...]".

Informante: 4_103

"La noto baja de ánimos, cansada de esta situación y con miedo debido a la sobreinformación".

Informante: 4_137

"Una cuestión que le tenía preocupada era si podía fallecer o si la persona que estaba en contacto con ella podría enfermar también, porque decía que lo había escuchado en la televisión."

Informante: 4_205

A continuación, se muestran algunos fragmentos referidos a las emociones de tristeza y soledad. Sentimientos que se asociaban en la mayoría de las ocasiones al aislamiento y la imposibilidad de permanecer junto a los seres queridos, así como a los duelos y pérdidas generadas por la pandemia.

“Se sentía muy sola debido a que no podía ver ni estar con su marido, ya que se encontraba aislada en la habitación [...]”.

Informante: 4_013

“Está desanimado y un poco triste. A ratos no confía en que esto vaya a terminar bien y no tiene esperanza en la evolución de la situación”.

Informante: 4_031

“[...] la mayor parte del día se encuentra triste y desanimado por no poder ver a su familia”.

Informante: 4_038

“Lo más difícil para él fue permanecer durante tanto tiempo solo, en determinadas ocasiones mostraba tristeza y ansiedad”.

Informante: 4_053

“También se siente [...] solo al no poder estar conectado a la rutina habitual de su vida y al estar excluido de sus seres queridos o del contacto físico con ellos”.

Informante: 4_063

“[...] mi abuela es la que peor lleva la situación, ya que se suele encontrar muy desanimada por no poder salir de casa, ni ver a sus nietos, así como por no poder recibir visitas, algo que le ha gustado toda su vida. Al principio mi abuela me comenta que se siente triste [...] o que esa noche no ha podido descansar porque ha estado sumergida en pensamientos relacionados con la pandemia”.

Informante: 4_077

“Por ello, me pudo transmitir la pena que tenía al tener que estar solo en la habitación sin la oportunidad de contacto con nadie y sin poder hacer nada ya que su cuerpo no se lo permitía”.

Informante: 4_085

“Sin embargo conforme iban pasando los días se sentía más triste, desganada y siempre decía que estaba aburrida, que ya no sabía ni que hacer, ya que, aunque la llamáramos estaba sola y no veía a nadie desde hace semanas”.

Informante: 4_106

“Al cabo de unas semanas su madre falleció lo que causó que estuviese triste, desmotivado, sin ganas de hacer nada”.

Informante: 4_227

Las referencias a emociones como: alegría, tranquilidad, optimismo, esperanza, confianza, ilusión o alivio; fue menor. La expresión de estas emociones se relacionó con la desaparición o mejora

de la sintomatología o al comprobar que sus familiares no se contagiaban o en el inicio de la disminución de contagios y la desescalada de las medidas restrictivas, como puede apreciarse en los siguientes fragmentos.

“Le consolaba saber que de momento su familia estaba bien y que se encontraba mejor físicamente con respecto a los anteriores días [...] ya no tenía fiebre y se le notaba mucho más animado que antes”.

Informante: 4_008

“El tercer día ya estaba más animada. Únicamente hablamos vía WhatsApp, me contó que estaba mejor, tanto física como psicológicamente”.

Informante: 4_009

“La vuelvo a llamar [...] y me comenta que está más tranquila, sobre todo porque ni su marido ni su hija presentan, de momento, signos de padecer la enfermedad”.

Informante: 4_023

“A la semana le dijeron que ya había pasado el COVID [...] por lo que se encontraba mucho más feliz”.

Informante: 4_048

“Hace unos pocos días dio negativo, después de casi dos meses siendo positivo, por lo que sintió un gran alivio”.

Informante: 4_061

“[...] cuando por fin, pudo salir de su habitación, fue una alegría tremenda, tanto para él como para sus cuidadores”.

Informante: 4_068

“Por último, este paciente me transmitió la felicidad que sentía actualmente tras vencer al virus [...]”.

Informante: 4_085

“Actualmente ella sigue viviendo sola, pero veo que está más ilusionada y preparada para que en la desescalada, tomando todas las medidas necesarias, pueda volver a la rutina en la medida de lo posible”.

Informante: 4_109

“Las primeras semanas se sentía bien, tranquila, con muchos recursos para entretenerse en casa [...]”.

Informante: 4_120

“Mentalmente está tranquila pues ella dice encontrarse bien”.

Informante: 4_155

“Ella decía sentirse agobiada por el encierro, pero con esperanzas de superarlo y volver a trabajar, ya que, como he dicho antes sus síntomas eran mínimos”.

Informante: 4_197

“El día que se nos comunicó que ya era negativo fue realmente un momento increíble. Cuando se lo comuniqué la alegría que mostraban sus ojos fue algo que jamás olvidaré”.

Informante: 4_206

“En la segunda semana de evolución el paciente tenía una mayor esperanza, ya que los síntomas de tos iban desapareciendo y él estaba confiado en que se iba a terminar de recuperar sin ningún problema [...]”.

Informante: 4_223

Otras emociones que las personas atendidas refirieron en al menos una ocasión fueron: cansancio, agobio, aburrimiento, añoranza, angustia, confusión, impotencia, desgana, desesperación, desconfianza, enfado, vulnerabilidad, sorpresa, apatía, obsesión, pesimismo, o frustración.

En cuanto a las emociones del alumnado, se puede decir que fueron similares a las referidas por las personas atendidas, dado que la situación de confinamiento, desconocimiento y desconcierto era la misma. De hecho, lo más repetido por el alumnado, además del miedo, la preocupación, la ansiedad, la incertidumbre o la tristeza, fue que la situación era ‘dura’ (o difícil), fundamentalmente por estar aislados y lejos de sus seres queridos. No obstante, en ocasiones lo que resultaba ‘duro’ era asumir el rol de cuidador.

“[...] verle con ese estado de ánimo, decaído y ver como expresaba su idea de morir es un momento muy duro”.

Informante: 4_026

“Es muy duro ver a un ser querido en esta situación, aislado durante tanto tiempo y sin poder tener contacto con su familia”.

Informante: 4_078

“Como persona que proporciona cuidados he tenido días en los que me ha resultado difícil apoyar a la otra persona porque mi estado de ánimo tampoco era bueno”.

Informante: 4_083

“Como cuidadora, han sido momentos difíciles puesto que ella se encontraba sola y por recomendaciones sanitarias no podías estar a su lado”.

Informante: 4_104

"[...] en momentos duros se pasa muy mal, es muy difícil ver a una persona pasándolo mal y hace falta mucho trabajo interno para poder afrontar esa situación sin derrumbarte delante de la persona".

Informante: 4_126

"En mi opinión, es una situación dura y devastadora la que actualmente estamos viviendo en nuestras propias carnes".

Informante: 4_216

El alumnado también refirió que afloraban sentimientos de pena y lástima hacia las personas cuidadas, bien por no poder acompañar presencialmente o por la gravedad de la situación de salud.

"[...] me da mucha pena no poder estar acompañándola en esta situación tan difícil".

Informante: 4_003

"Como cuidador en esos momentos sentía pena, ya que ver a una persona en esa situación no es agradable".

Informante: 4_101

El hecho de sentirse cuidadores y poder ayudar a personas de su entorno también hizo que el alumnado refiriese que se había sentido realizado, reconfortado, útil, confiado o alegre.

"Estoy contenta de haber podido cuidar de mi abuela, es un trabajo muy gratificante".

Informante: 4_065

"Como cuidadora me he sentido realizada al poder transmitirle todos mis conocimientos sobre la situación y ver que el rato que hablábamos por teléfono estaba más alegre".

Informante: 4_066

"[...] me reconfortaba saber que estaba haciendo todo lo posible para que estuviera tranquila y acompañada en los ratos que hacemos la videollamada".

Informante: 4_073

"[...] cuando me dio las gracias por haberla ayudado, me alivié y me puse muy contenta".

Informante: 4_123

"[...] me sentía confiada, segura de mí misma y con los conocimientos necesarios para poder fomentar el autocuidado".

Informante: 4_129

"[...] me he sentido útil al comprobar que, aun estando en segundo de carrera y sin tener una formación completa, he podido ayudar en esta situación aconsejando a la gente de mi alrededor".

Informante: 4_132

Además, en ocasiones, el alumnado refirió que se encontraba tranquilo frente a la situación de cuidados que se planteaba:

"[...] tranquila porque ella sabía los cuidados que tenía que seguir [...]".

Informante: 4_105

"Esto para mí también ha sido difícil, pero saber que mi abuelo estaba bien y que podía seguir mis consejos ha sido lo que más me ha ayudado y tranquilizado".

Informante: 4_114

"Me tranquiliza tener protegida todo lo posible a mi abuela y me considero afortunada cada vez que pienso que está sana".

Informante: 4_163

"El vivir en un pueblo con un espacio muy protegido del COVID-19, me da mucha tranquilidad en cuanto a la posibilidad de un posible contagio y protección a la persona que corre más riesgo dentro de mi familia".

Informante: 4_180

Por otro lado, en algunas ocasiones lo que destacaron fue la impotencia, la rabia, el enfado, el agobio y la frustración por no poder hacer más por cuidar o de que otras personas no tomaran en serio las recomendaciones dadas por el alumnado o por otros medios oficiales.

"[...] he sentido impotencia de no saber cómo ayudar a mis abuelos. Además, sentía que les hacía daño al no dejarles salir de casa y sentía impotencia de ver que yo les pedía y recomendaba que hicieran cosas en favor de su salud, pero en muchas ocasiones no me hacían caso".

Informante: 4_050

"En cuanto a mi rol de cuidadora, ha sido mucho más limitado del que me gustaría haber podido ofrecerle, lo que me ha creado desde el primer día gran sensación de impotencia y tristeza".

Informante: 4_054

"[...] rabia por no poder trabajar [...] el enfado de ver que parte de la población no se toma las recomendaciones ni la magnitud de la situación en serio".

Informante: 4_069

"Como cuidador, me ha costado que la persona con la que he trabajado me escuchara, ya que estos días los medios de comunicación están llenos de recomendaciones, aunque algunas de estas no sean las adecuadas, y esto a veces ha resultado frustrante".

Informante: 4_072

“He tenido situaciones de verdadero desbordamiento por no saber cómo afrontar esta situación y qué hacer para cuidarle, llegando incluso a enfadarme y a no querer compartir espacios comunes del hogar con él”.

Informante: 4_102

“Cuando volvió a contactar conmigo, me preocupé por su estado de salud físico y mental y me agobí porque no sabía muy bien qué decirle”.

Informante: 4_123

“[...] el agobio que me causa la situación sí que hace que me encuentre más a la defensiva”.

Informante: 4_164

“La verdad que resulta muy frustrante el no poder visitarla sabiendo que no se encuentra bien [...]”.

Informante: 4_203

Otras emociones relatadas por los estudiantes respecto de sí mismos fueron: angustia, cansancio, desesperación, confusión, desbordamiento o culpabilidad.

7.3.3.8 Contacto

Esta categoría, referida por 143 estudiantes y que supuso el 7,9 % de las referencias totales, agrupó aquellas expresiones del alumnado que describieron la forma a través de la cual se habían relacionado con la persona atendida y que abarcaba desde el contacto y la presencia física más estrecha a las opciones telemáticas (llamada, videollamada o chat).

“Durante este tiempo hemos permanecido en contacto todo el día a través del teléfono”.

Informante: 4_006

“Como persona cuidadora, procuro mantener contacto todos los días con ella vía WhatsApp, y hablo con ella por teléfono casi todos los días, así como cuando tiene alguna consulta o duda. Normalmente hablamos por teléfono de 20 a 30 minutos”.

Informante: 4_009

“[...] pero que habla con su marido e hija a través de la puerta y que no le importa que sea así si ello le asegura que van a estar sanos”.

Informante: 4_026

“Hablamos una hora todos los días a través de videollamadas [...]”.

Informante: 4_031

“La comunicación con él se realiza a través de la ventana que comunica al balcón y por la puerta de la habitación sin entrar”.

Informante: 4_032

“[...] la atención que he prestado ha sido mayoritariamente presencial, a pesar de haber realizado con él ciertas videoconferencias y llamadas telefónicas a lo largo de sus 35 días de aislamiento y, en especial, de los 5 días en los que he basado este cuestionario, en los cuales la persona aislada ha solido precisar de ayuda alrededor de 3 veces al día”.

Informante: 4_063

“[...] por videollamada o por teléfono, evitando al máximo el contacto físico a pesar de estar en el mismo domicilio [...]”.

Informante: 4_099

“He mantenido contacto con ella una vez cada dos días aproximadamente por teléfono o videollamada [...]”.

Informante: 4_111

“Cada día hablaba con mi abuela por teléfono y únicamente entraba a su casa para dejarles la compra (siempre con mascarilla y siguiendo una estricta higiene de manos)”.

Informante: 4_120

“Mantengo contacto [presencial] con ella todos los días”.

Informante: 4_142

“Mantengo contacto telefónico todos los días con ella e incluso voy a visitarla a diario porque vive a pocos metros de mi casa y aprovecho la salida con mi mascota para que ella me cuente desde la ventana como se encuentra”.

Informante: 4_163

Destaca que en el caso de contacto presencial con la persona se mantenían las medidas de seguridad y protección exigidas.

Por otro lado, dentro de las opciones telemáticas la más valorada, por transmitir más cercanía, fue la videollamada. No obstante, en los relatos quedó recogida la dificultad que encontraban al comunicarse a través de este tipo de dispositivos.

“Es algo difícil poder comunicarse únicamente a través de un dispositivo electrónico. Desde mi experiencia me resulta difícil animar sin poder tener un contacto físico (una caricia, un abrazo...)”.

Informante: 4_003

“Al principio solo nos comunicaríamos muy ocasionalmente por mensajes porque estaba muy débil y ya fue en las últimas semanas de aislamiento, que pudimos hacer videollamadas porque se encontraba mejor. La videollamada me permitía ver el aspecto que tenía, así como le permitía a ella verbalizar más abiertamente cómo se sentía”.

Informante: 4_013

“Día tras día la iba llamando o hacíamos videollamadas porque era algo que le gustaba mucho y le hacía sentir mejor, incluso me decía que hacía videollamadas con su marido y así seguían manteniendo el contacto sin necesidad de estar juntos [...] tranquilizarla por videollamada era algo complicado”.

Informante: 4_021

“Al principio del confinamiento hacíamos todos los días llamada telefónica, tanto yo como todos mis tíos y primos [...] por lo que se me ocurrió meterle una ‘tablet’ configurada en la bolsa de la compra para hacerle videollamadas; conectamos toda la familia y la llamamos y se emocionó de vernos a todos. Gracias a una simple ‘tablet’ mi abuela ahora está mucho más feliz ya que se pone guapa para hacernos videollamadas y está más entretenida”.

Informante: 4_106

“Dos días más tarde le volví a llamar, pero esta vez a través de videollamada ya que quería verle a parte de oír su voz”.

Informante: 4_110

“Lo poco que pudimos comunicarnos con él fue a través del teléfono con muchas dificultades, ya que el padecía de Alzheimer y estaba aún más desorientado de lo normal”.

Informante: 4_166

“A nivel personal los cuidados por vía telefónica no es una tarea sencilla, ya que se limita el lenguaje no verbal”.

Informante: 4_223

En cuanto al contacto telefónico o por videollamada también resulta llamativa la diferencia en la frecuencia y la duración del contacto.

“Los cuidados han sido por vía telefónica dado que vivimos separados cada uno en su casa, aun así, nos llamamos todos los días desde que empezó el confinamiento. [...]. Nos llamamos dos o 3 veces al día. Un familiar se ha encargado de estar con ella durante los días que estuvo más afectada”.

Informante: 4_058

“[...] la llamaba tanto por teléfono como por videollamada un par de veces al día, por la mañana y por la tarde. Estábamos hablando aproximadamente 40 minutos, algunas veces más y otras menos, dependiendo del ánimo”.

Informante: 4_060

“Como he explicado, suelo hablar directamente con ella una vez por semana por vía telefónica o por videollamada [...]”.

Informante: 4_064

“Suelo contactar con mi abuela cada semana por videollamada o por teléfono”.

Informante: 4_068

“Nos hacemos llamadas una vez cada semana [...]”.

Informante: 4_074

“Nos mantenemos en contacto a través de videollamadas que realizamos junto al resto de la familia tres o cuatro veces a la semana, además cuando voy a su casa a llevarle cosas siempre me quedo un rato hablando con ella que suele ser dos veces por semana”.

Informante: 4_083

“Suelo hablar con él una o dos veces a la semana, con una duración de unos 20 minutos cada conversación”.

Informante: 4_090

“Le llamo cada 2 días aproximadamente”.

Informante: 4_141

También parece destacable las descripciones del alumnado de cómo, en algunas ocasiones, la atención sanitaria era no presencial.

“La evolución de la enfermedad es controlada telefónicamente por parte del profesional sanitario de su centro de salud”.

Informante: 4_004

“La enfermera le llama tres veces por semana para ver cómo se encuentra, cómo va la evolución de la enfermedad y completar las necesidades de la paciente. La duración de la llamada suele ser de unos 15 minutos”.

Informante: 4_007

7.3.3.9 Efectos sobre la salud

Esta categoría recogió los fragmentos de los relatos en los que se expresaron las consecuencias que, a corto plazo, estaban teniendo las intervenciones llevadas a cabo por el alumnado. Un número reducido de estudiantes, 14 concretamente, narró los efectos que tenían sus cuidados y, por lo tanto, el porcentaje de referencias respecto del total también fue bajo (0,8 %) para esta categoría. A continuación, se muestran algunos de los fragmentos clasificados en esta categoría.

“Creo que mi apoyo psicológico y emocional le ha servido a ella para no decaer en muchos momentos por lo cual me siento muy satisfecha en este aspecto”.

Informante: 4_086

"[...] creo que mis llamadas le ayudan a no perder la esperanza y a desahogarse [...]"

Informante: 4_100

"De esta forma se le hacía menos duro el aislamiento y se sentía mucho más contento a través de mi escucha y de mis ánimos".

Informante: 4_129

"Al final, los cuidados que se le imparten parecen tener un claro efecto positivo, además de tranquilizar [...] He podido ver cómo la persona atendida evolucionaba y aprendía gracias a los cuidados aportados, además del resto de miembros con los que se convive durante este confinamiento".

Informante: 4_133

"Bajo mi punto de vista, que la llamase de vez en cuando mejoraba su estado de ánimo, aunque fuese un rato mientras duraba la llamada".

Informante: 4_211

7.3.3.10 Relación de los ítems de la escala CIBISA con las categorías del análisis de los Eventos Notables

Como puede verse en el análisis anterior, la categoría 'Bienestar' recogió fragmentos que se relacionan con los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15 y 16 de la escala CIBISA-COVID. Esto supone, aproximadamente, un 75 % de los ítems de la escala. Los ítems de la escala que se asocian con la categoría 'Seguridad' son el 6, el 13, el 14 y el 15. Además, se hallaron fragmentos vinculados a los ítems 6, 14 y 15 que también se asocian a la categoría 'Bienestar'. Los fragmentos recogidos en la categoría 'Autonomía' hicieron referencia a los ítems 17,18, 19 y 20. El ítem 2 de la escala podría relacionarse con la categoría 'Emociones' por las expresiones halladas relativas a la serenidad y la tranquilidad. El resto de las categorías extraídas del análisis de contenido no se pueden asociar con ninguno de los ítems de la escala. La Tabla 7-10 muestra, de forma resumida, cómo se relacionan los ítems de la escala CIBISA con las diferentes categorías.

Tabla 7-10

Relación de los ítems de la escala CIBISA-COVID con las categorías extraídas del análisis de los Eventos Notables

Categoría	Ítems
Bienestar	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15 y 16.
Seguridad	6, 13, 14 y 15.
Autonomía	17, 18, 19 y 20.
Emociones	2.

7.3.3.11 Análisis de las categorías en función del sexo, la universidad y la puntuación en la escala CIBISA

Se realizó un recuento del número de referencias clasificadas en cada categoría extraída durante el análisis de contenido (Figura 7-4). Las categorías con mayor número de referencias fueron las de ‘Emociones’ (31,9 %) y ‘Seguridad’ (25,9 %), frente a las de ‘Efectos para la salud’, ‘Profesionalización’, ‘Reconocimiento’ y ‘Entorno de cuidados’ (0,8 %-2,0 %).

Posteriormente, se comparó el porcentaje de referencias de cada categoría en función de las variables sexo, universidad a la que pertenecía el alumnado y puntuación media obtenida en la escala CIBISA-COVID (Tablas 7-11, 7-12 y 7-13). De igual forma que en el recuento global, las categorías con mayor número de referencias fueron las de ‘Emociones’ y ‘Seguridad’ frente a las categorías de ‘Efectos para la salud’, ‘Profesionalización’, ‘Reconocimiento’ y ‘Entorno de cuidados’, independientemente del criterio de comparación utilizado. Sin embargo, se apreciaron diferencias importantes en algunas categorías en función de estos criterios.

El porcentaje de referencias relativas a las categorías de ‘Bienestar’ y ‘Autonomía’ es mayor en los Eventos Notables que relatan los hombres que en los que realizan las mujeres que tienen un porcentaje mayor de referencias en las categorías ‘Emociones’ y ‘Seguridad’.

En cuanto a las diferencias halladas en función de la universidad cabe destacar que fue el alumnado de la UCAM el que más referencias relativas al ‘Bienestar’ utilizó en sus narrativas frente al de UNIZAR que es el que menos referenció esta categoría. El alumnado de la UR y de UNIZAR destacan

en categorías como 'Seguridad' y 'Contacto' frente a la UCAM y la UVA-CS. El alumnado de la UVA-CS, sin embargo, destaca en los fragmentos relativos a la 'Autonomía' y las 'Emociones'.

Por último, las diferencias observadas en el porcentaje de referencias de cada categoría en función de la puntuación media de la escala CIBISA fueron llamativas dado que fue el alumnado que puntuó por debajo de la media en la escala CIBISA-COVID el que hizo más referencia a las categorías de 'Bienestar' y 'Emociones'.

Figura 7-4

Porcentaje de referencias totales en cada una de las categorías extraídas del análisis de contenido

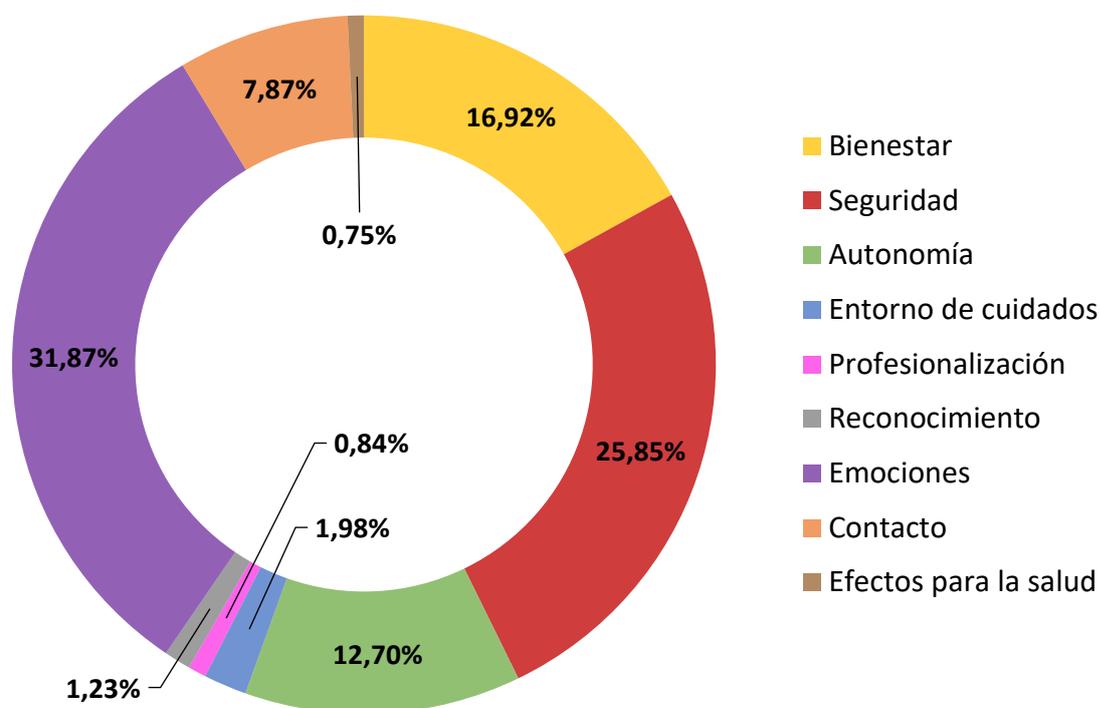


Tabla 7-11

Número y porcentaje de referencias totales en cada una de las categorías extraídas del análisis de contenido en función del sexo

Categorías	Mujer		Hombre	
	n.º	%	n.º	%
Bienestar	324	16,7	61	18,5
Seguridad	510	26,2	78	23,7
Autonomía	236	12,1	53	16,1
Entorno de Cuidados	38	2,0	7	2,1
Profesionalización	18	0,9	1	0,3
Reconocimiento	25	1,3	3	0,9
Emociones	630	32,4	95	28,9
Contacto	152	7,8	27	8,2
Efectos para la salud	13	0,7	4	1,2
Totales	1946	100	329	100

Nota: n.º: número de referencias; %: porcentaje de referencias.

Tabla 7-12

Número y porcentaje de referencias totales en cada una de las categorías extraídas del análisis de contenido en función de la universidad

Categorías	UNIZAR		UVA-CS		UR		UCAM	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Bienestar	65	14,1	171	17,1	72	16,6	77	20,4
Seguridad	132	28,6	244	24,4	122	28,1	90	23,9
Autonomía	45	9,7	147	14,7	51	11,8	46	12,2
Entorno de Cuidados	15	3,3	17	1,7	6	1,4	7	1,9
Profesionalización	5	1,1	8	0,8	2	0,5	4	1,1
Reconocimiento	6	1,3	12	1,2	1	0,2	9	2,4
Emociones	145	31,4	329	32,8	136	31,3	115	30,5
Contacto	47	10,2	64	6,4	44	10,1	24	6,4
Efectos para la salud	2	0,4	10	1,0	0	0,0	5	1,3
Totales	462	100	1002	100	434	100	377	100

Nota: n.º: número de referencias; %: porcentaje de referencias; UCAM: Universidad Católica San Antonio de Murcia; UNIZAR: Universidad de Zaragoza; UR: Universidad de La Rioja; UVA-CS: Universidad de Valladolid-Campus de Soria.

Tabla 7-13

Número y porcentaje de referencias totales en cada una de las categorías extraídas del análisis de contenido en función de la puntuación media de la escala CIBISA-COVID

Categorías	Por encima de la media*		Por debajo de la media*	
	n.º	%	n.º	%
Bienestar	189	16,0	196	17,9
Seguridad	302	25,6	286	26,2
Autonomía	156	13,2	133	12,2
Entorno de Cuidados	27	2,3	18	1,7
Profesionalización	9	0,8	10	0,9
Reconocimiento	18	1,5	10	0,9
Emociones	367	31,1	358	32,8
Contacto	103	8,7	76	7,0
Efectos para la salud	11	0,9	6	0,6
Totales	1182	100	1093	100

Nota: n.º: número de referencias; %: porcentaje de referencias. *El valor medio de la escala CIBISA-COVID fue de 3,51 puntos.

7.4 DISCUSIÓN

7.4.1 Aspectos contextuales

El primer tema sobre el que es necesario reflexionar es la idoneidad y la utilidad de la propuesta formativa, más allá de la validez y utilidad de la escala CIBISA-COVID en este contexto formativo. En este sentido, es importante señalar que la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 durante el año 2020 dio lugar a la suspensión, de inmediato, de la formación presencial del alumnado de Grado de Enfermería. Esta situación tenía sus causas en las restricciones impuestas por las políticas sanitarias que requerían el confinamiento de toda la población. Además, en el caso de las prácticas clínicas, la presión asistencial a la que estaba sometido el personal sanitario, en muchos casos Profesores Asociados Clínicos, imposibilitaba que el proceso formativo se produjese de forma satisfactoria, hecho que se añadía al riesgo de que el alumnado se expusiera, de forma sistemática, al agente causal de la COVID-19. Esto, evidentemente implicó la suspensión de la formación práctica,

tanto en contextos clínicos como en contextos simulados, lo que hizo imprescindible la puesta en marcha de alternativas docentes (Palés-Argullós y Gomar-Sancho, 2020).

Las alternativas no presenciales como las clases *on-line* o la realización de trabajos académicos fue la norma. Sin embargo, Enfermería tiene una naturaleza eminentemente práctica, dado que su finalidad última es la de intervenir en el mundo con objeto de transformarlo (Medina, 1999) y, en el último siglo, ha organizado su formación en torno a la adquisición de conocimientos teóricos en las aulas, el inicio de habilidades y destrezas técnicas en el laboratorio y la práctica clínica en la institución de salud (Sosa Rosas, 2020). Por ello, la formación, eminentemente teórica y no presencial, es insuficiente y deficitaria, aún en el contexto pandémico actual, opinión que defienden algunos autores (Jansen et al., 2021; Meléndez Chávez, 2020). No obstante, son numerosas las estrategias no presenciales adoptadas. Por ejemplo, en el contexto de la simulación clínica Díaz Agea (2020) planteaba un modelo de revisión de casos y de sesiones grabadas en el que se potenciaba, más que la puesta en práctica de habilidades técnicas, la reflexión sobre el caso. Por otro lado, Jansen et al. (2021) en una revisión realizada ponía de manifiesto que las adaptaciones curriculares más frecuentes durante la pandemia fueron el uso de las reuniones virtuales, los *podcasts*, la gamificación individual o grupal, los exámenes electrónicos a distancia, las simulaciones realistas virtuales y los casos clínicos. Esta misma autora añadía que estas estrategias formativas, cuando se utilizan adecuadamente, se convierten en una alternativa eficaz para la continuidad de la formación académica del alumnado durante la pandemia de COVID-19 (Jansen et al., 2021).

Desde la disciplina médica, Pales-Argullós y Gomar-Sancho (2020), proponían, respecto de la formación teórica, que:

“La formación a distancia y la formación presencial no son competidoras, sino complementarias. De lo que se trata es de compaginar las actividades presenciales, dedicadas fundamentalmente a trabajos en grupos pequeños, discusión de casos prácticos o problemas, y seminarios, que permitan mantener mejor la adecuada distancia social, con la formación a distancia, que debe enfocarse mayoritariamente, aunque no de manera exclusiva, a actividades docentes más globales y dirigidas a grupos más numerosos”.

Por otro lado, respecto de la formación clínica abogaban por la simulación como mejor estrategia para aumentar la eficacia de las prácticas en contextos seguros, ya que, aunque no evitaban la presencialidad del alumnado (es decir no solucionaba la problemática del primer momento del confinamiento), sí que “permiten un mejor control de las condiciones de seguridad interpersonal por el tamaño reducido de los grupos, [...] además de que la metodología de simulación tiene también un potencial de no presencialidad (videos de situaciones simuladas o videojuegos)” (Palés-Argullós y Gomar-Sancho, 2020).

La creación de la actividad docente denominada Aula CIBISA-COVID, supuso una respuesta a la situación excepcional generada por la COVID-19. Esta pretendía poner en valor la importancia de los cuidados visibles e invisibles en esta situación de pandemia, cuestión demandada por algunas profesionales enfermeras en el artículo ‘El cuidado, un instrumento para combatir la pandemia del invisible’ (Grupo AMAS, 2020) o en congresos como INVESCOM 2020 (Ferrer Arnedo, 2020) y creaba un marco propicio para explorar algunos elementos relacionados con el aprendizaje en cuidados.

Esta propuesta formativa consistente, como se ha mencionado, en que el alumnado de Grado de Enfermería narrase cómo estaban cuidando a personas de su entorno durante el confinamiento, ofrecía una experiencia de aprendizaje en cuidados en la que desarrollaran algunos conocimientos adquiridos a lo largo de su formación y que adquiriesen otras habilidades de cuidados; con el añadido, de poder ayudar a personas de su entorno en situación de confinamiento gracias a la presencia cuidadora.

Es evidente que esta forma de aprendizaje y puesta en práctica de los cuidados no puede generalizarse ni sustituye por entero al aprendizaje práctico en contextos clínicos o simulados (Sosa Rosas et al., 2021) por las características de la disciplina enfermera. Sin embargo, sirvió como encuadre formativo sustitutivo en un momento y contexto determinado que hizo partícipe al alumnado de unos cuidados que, aunque no presenciales, posiblemente hayan sido los únicos que algunas personas recibieron durante el periodo de confinamiento.

7.4.2 Fiabilidad y estructura de la escala CIBISA-COVID

Como se apuntaba en el apartado metodológico del estudio, la escala CIBISA-COVID es una adaptación de la escala original creada y validada por Urcola Pardo et al. (2017). Esta adaptación de 20 ítems no había sido validada estadísticamente de forma previa a su utilización en este estudio. Fue por este motivo que se decidió analizar la fiabilidad de la herramienta y confirmar su estructura unidimensional.

La escala CIBISA-COVID demostró poseer una adecuada consistencia interna en el contexto evaluativo en el que se utilizó (Argimon Pallás y Jiménez Villa, 2004; Celina Oviedo y Campo Arias, 2005; Cronbach, 1951; Sánchez-Villegas et al., 2008; Streiner, 2003) lo que es congruente con los datos reportados por el estudio de validación de la escala original (Urcola Pardo et al., 2017).

Los valores para la consistencia interna son similares a los hallados en el estudio de validación (Urcola Pardo et al., 2017), 0,85 frente a 0,88. A pesar de la diferencia en el número de ítems y en las modificaciones de algunos de ellos para adaptar la escala al contexto de pandemia y prácticas de ese momento, estos valores pueden considerarse comparables, dado que la población analizada en ambos estudios está compuesta por alumnado de enfermería. Por otro lado, como se aprecia en el apartado de resultados, las variaciones para los valores de consistencia interna al retirar alguno de los ítems fueron pequeñas lo que no justifica, desde un punto de vista estadístico, que debieran eliminarse ítems de la escala.

En cuanto al AFE, como la diferencia entre el autovalor del primer factor y los siguientes era grande y estos contenían valores negativos y por debajo del valor crítico de 0,3, se consideró una sola dimensión para la escala. Estos resultados, concuerdan con lo observado en el estudio de validación de la escala CIBISA original (Urcola Pardo et al., 2017) en el que, tanto el grupo de expertos como el análisis estadístico, coincidían en que no existen ítems que se correspondan exclusivamente con alguna de las tres dimensiones propuestas inicialmente (bienestar, seguridad y autonomía). Es decir, estos resultados llevaron a proponer que la escala CIBISA-COVID es una herramienta unidimensional.

7.4.3 La escala CIBISA-COVID y el aprendizaje en cuidados

Se puede decir que la media de las puntuaciones obtenida en este estudio, 3,51 (DE = 0,34), es superior al del estudio de validación original de la escala CIBISA (Urcola Pardo et al., 2017). Ambos valores son comparables porque tanto en el estudio de validación de la escala CIBISA original como en este trabajo se utilizó la media de las puntuaciones de los ítems como valor global de la escala pudiendo encontrarse entre 1 y 4 en ambos estudios.

Además, puede considerarse que la puntuación media obtenida en este estudio es elevada lo que indica que el alumnado ha prestado atención a dimensiones de los cuidados invisibles durante la relación de ayuda establecida con la persona atendida, dado que la escala CIBISA-COVID mantiene la esencia conceptual de la original otorgando una perspectiva humanista a la medición del aprendizaje. Esto permite que los estudiantes, al autoevaluarse, dé importancia a dimensiones del cuidado que de otra manera serían invisibles y que trascienden lo eminentemente técnico.

Por otro lado, la inexistencia de diferencias significativas en función de variables como el sexo, la edad, el curso académico o la situación laboral del alumnado durante la pandemia; es concordante con lo hallado en el estudio de validación de la escala CIBISA original (Urcola Pardo et al., 2017). Esto hace pensar que la escala es un instrumento adecuado para la medición del aprendizaje en cuidados en estudiantes de cualquier condición. Sin embargo, a diferencia de lo hallado en el estudio de validación (Urcola Pardo et al., 2017), sí que se identificaron diferencias significativas en los valores medios del aprendizaje en cuidados medido con la escala CIBISA-COVID en función de la universidad de procedencia. Al respecto, la familiaridad con el uso de la escala y con el concepto de cuidados invisibles del alumnado de UNIZAR es una explicación posible de las diferencias halladas en los valores medios de la escala CIBISA-COVID entre universidades.

7.4.4 Los Eventos Notables

El uso de Eventos Notables tuvo como objetivo complementar, mediante datos subjetivos, los datos cuantitativos reportados por la escala CIBISA-COVID. A pesar de la utilidad de la escala como

instrumento de aprendizaje y autoevaluación son los Eventos Notables los que permiten una mayor reflexión sobre lo aprendido en el contexto asistencial, independientemente de que este sea el de las prácticas clínicas habituales o la atención a distancia planteada en este estudio. De hecho, Blázquez Ornat et al. (2018) apuntan que “los Eventos Notables suponen un importante ejercicio de reflexión para el alumnado que pretende garantizar su formación integral, reflexiva y crítica integrando los aspectos racionales y emocionales del aprendizaje”.

Al tomar como referencia teórica para realizar el análisis de contenido el Triángulo de los Cuidados (Germán Bes, 2004) y el Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles (Hueso Navarro, 2015) era evidente que las categorías ‘Bienestar’, ‘Autonomía’ y ‘Seguridad’ iban a estar presentes en el discurso del alumnado, más cuando estas categorías están directamente relacionados con la construcción de la escala CIBISA y, por lo tanto, con sus ítems. Además, en el análisis surgieron otras dimensiones, denominadas estas autoras (Germán Bes, 2004; Germán Bes et al., 2015; Hueso Navarro, 2015) como variables contextuales. Estas fueron las relativas a las emociones vividas por el alumnado y por las personas a las que atendían, descripciones del entorno en el que se desarrollaban los cuidados, la forma de contacto con la persona atendida, el reconocimiento de la labor desempeñada o el aprendizaje y el proceso de crecimiento como futuros profesionales.

En definitiva, las categorías extraídas de los relatos reflejan de forma subjetiva el aprendizaje en cuidados y ponen de manifiesto que los estudiantes de enfermería identifican, a lo largo de sus prácticas, dimensiones del cuidado invisible, recogidas fundamentalmente en las categorías de ‘Bienestar’ y ‘Autonomía’. De hecho, las referencias halladas en los Eventos Notables del alumnado cubrieron las ocho dimensiones de los cuidados invisibles descritas por Huércanos Esparza (2011): fomento del autocuidado, relación de confianza, apoyo emocional, tacto y escucha, ética y respeto, confort, presencia cuidadora e imagen de la enfermería dentro del equipo; previamente identificadas por Germán Bes y Hueso Navarro (2010).

Comparando los resultados de este trabajo con los obtenidos por Blázquez Ornat et al. (2017, 2018), en alumnado similar y con un sistema de recogida y análisis de datos parecido, se puede decir que el discurso y las narrativas del alumnado son equiparables detectándose categorías y subcategorías semejantes, a pesar de que la situación social y sanitaria era diferente y el alumnado estaba desarrollando sus 'prácticas' en un contexto poco habitual.

Bien es cierto que, en esta ocasión, el contexto social y sanitario en el que se han desarrollado los cuidados ha propugnado una mayor narrativa de aspectos relacionados con la seguridad, aunque más desde la vigilancia clínica que desde la técnica, lo que no sería del todo contradictorio con lo planteado por Blázquez Ornat et al. (2018) que apuntan que el aprendizaje de habilidades clínicas en las prácticas va más allá de lo técnico.

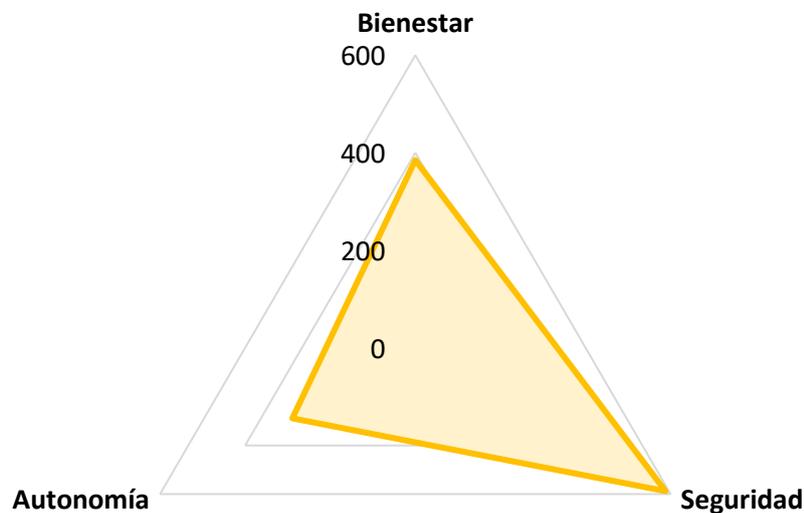
En la Tabla 7-10 puede verse como la totalidad de los ítems de la escala quedan reflejados en los eventos narrados por los estudiantes. Es decir, el alumnado, durante su aprendizaje en la práctica clínica pone en valor no solo aspectos técnicos, sino que tiene presentes aspectos relativos al bienestar, a la autonomía y a los cuidados invisibles.

Por lo tanto, se puede asegurar que las narrativas reflejan intervenciones de cuidados relacionados con el bienestar, la seguridad y la autonomía. Sin embargo, no se puede confirmar que se haga de forma igualitaria. De hecho, como se puede ver en el Figura 7-5 el peso global que le dio el alumnado a la categoría 'Seguridad' es superior al que atribuyen al 'Bienestar' o la 'Autonomía'. No es un resultado excesivamente sorprendente cuando, de acuerdo con lo propuesto por Ferrer Arnedo (2020) en su ponencia en INVESCOM 2020, el sistema sanitario, social y político apostó, durante la pandemia, por centrar la atención en los hospitales, lo tecnológico y la técnica, la gravedad sintomatológica, el aislamiento de las personas y, en definitiva, de la preponderancia de salvar la vida frente a la calidez del cuidado, la presencia y el acompañamiento en la muerte. Una apuesta que parece fruto de la reacción ante lo desconocido y del miedo.

Evidentemente el contexto en el que se desarrolla el cuidado influye en cómo se cuida y, por lo tanto, dónde focaliza su atención y sus intervenciones el alumnado. En una situación en la que primó lo extrahospitalario y la atención a distancia una de las intervenciones centrales y más frecuente fue la educación sanitaria dirigida, fundamentalmente, a recordar aspectos relativos a las medidas de seguridad frente al contagio o al mantenimiento de hábitos de vida saludables centrados en garantizar el bienestar. Es decir, la recomendación sanitaria era el medio para garantizar los cuidados de seguridad y bienestar. Bien es cierto que en la categoría 'Autonomía' también han quedado reflejados aspectos relativos a la autonomía de las personas atendidas, es decir, espacios en los que los cuidados de la persona eran suficientes y adecuados.

Figura 7-5

Forma del Triángulo de los Cuidados en función del número de referencias para las categorías Bienestar, Seguridad y Autonomía



En cuanto a la categoría 'Bienestar' también se pudieron ver estas adaptaciones situacionales y se observaron en los relatos alternativas al acompañamiento clásico, al tacto y a la mirada a través, bien de medios 'tele' (llamadas telefónicas o videollamadas habituales) o simplemente mediante el ofrecimiento de disponibilidad. También en los casos en los que el acompañamiento y la presencia fueron posibles el alumnado aprovechó para incluir cuidados centrados en el confort y el bienestar, no sin dificultades debido a la necesidad de mantener unas adecuadas medidas de seguridad. Son coincidentes estos relatos con lo descrito por Baldé et al. (2021) en su estudio:

“Equipados con los EPI no das una imagen cercana al paciente. No son capaces de identificarte, conocerte y reconocerte lo que dificulta crear un vínculo de confianza. La comunicación se hace muy difícil porque con el EPI no te escuchan con claridad. Muchos pacientes eran personas mayores y ancianas y algunos con hipoacusia. Hay que dedicarles tiempo y en ocasiones, el tiempo es un bien preciado y escaso, pero fue enriquecedor ser el vehículo facilitador de la comunicación entre aquellos pacientes que podían mantener una conversación con sus familiares. Fue sanador para los pacientes y para los profesionales sanitarios implicados”.

Más allá de la narrativa de situaciones de cuidados y del complemento reflexivo que suponen los Eventos Notables estos también sirven para plasmar las emociones y afectos que se movilizan en esa situación de cuidados, tanto los vividos por el propio alumno como aquellos referidos por la persona atendida. No en vano, la categoría con mayor número de referencias y la segunda en número de alumnos que hacen referencia a ella fue la denominada 'Emociones'. Es posible que la situación de pandemia haya generado una mayor necesidad de drenaje emocional del alumnado y que por ello esta categoría se haya magnificado frente a lo observado en otros estudios (Blázquez Ornat et al., 2017, 2018).

Las emociones predominantes, tanto en las personas atendidas como en los estudiantes que narraban los Eventos Notables, fueron la tristeza, el miedo, la preocupación, la soledad, la incertidumbre y el nerviosismo. Además, en el caso del alumnado se añadían otras emociones, secundarias a su posición como cuidadores, relacionadas con la pena o la lástima, la culpa, la frustración o la impotencia y el desbordamiento por la situación vivida que también fueron importantes. Estos resultados son compatibles con lo que apuntan varios autores en relación con las

emociones vividas durante la pandemia por profesionales de la salud durante su práctica habitual (Balde et al., 2021; Cruz Araújo et al., 2021; Krishnamoorthy et al., 2020; López Gallego, 2021; Marciano Moraes Filho et al., 2021; Rodríguez-Quiroga et al., 2020; Romero et al., 2022) también por las experimentadas por los estudiantes confinados (Esteves et al., 2021; Gundim et al., 2021; Muvdi Muvdi et al., 2021; Velasco Rodríguez et al., 2021) y en definitiva las de la población general (Krishnamoorthy et al., 2020; Rodríguez-Quiroga et al., 2020; Rodríguez-Rey et al., 2020).

En otro orden de cosas, aunque la descripción del entorno en el que el alumnado desarrollaba los cuidados fue una categoría minoritaria permitió observar cómo la infraestructura de la vivienda, en cuanto al tamaño, el número de baños y si estos se encontraban en la habitación y la existencia de zonas al aire libre como balcones, terrazas o jardines, influye en la sobrecarga psicológica y en la percepción de confinamiento, lo que corrobora los resultados cuantitativos.

Al comparar el análisis cuantitativo y cualitativo de este estudio resulta llamativo que no se hallen diferencias en las puntuaciones medias obtenidas por hombres y mujeres con la escala CIBISA-COVID mientras que en el análisis de contenido de los Eventos Notables sí se observen algunas diferencias en el discurso. En este sentido se apreció que las alumnas centraban más su atención en la descripción de emociones y de aspectos relativos a la categoría 'Seguridad' frente a los alumnos que reportaron más fragmentos relativos a las categorías de 'Autonomía' y 'Bienestar'. Hecho que, por otro lado, resulta contradictorio con los resultados del estudio original de validación de la escala CIBISA donde los alumnos puntuaron más alto en la dimensión de 'Seguridad' que las alumnas (Urcola Pardo et al., 2017) o con otros estudios en los que se demuestra que los enfermeros de sexo masculino buscan lugares de trabajo en los que la técnica y el manejo de aparatos estén más presentes (Huércanos Esparza, 2011). Posiblemente esta contradicción se deba a que en su mayoría la categoría 'Seguridad' ha recogido aspectos de vigilancia clínica más que al de uso de técnicas, en este estudio en el que la atención ha sido extrahospitalaria y en la que por lo tanto la tecnología y la tecnificación de la atención está menos presente.

Tampoco se ajustó a lo esperado que el discurso del alumnado fuera similar en el grupo con puntuaciones medias superiores a la media, frente a los que puntuaron más bajo, y menos todavía que fueran estudiantes con puntuaciones por debajo de la media quienes obtuviesen, porcentualmente, más referencias en las categorías de 'Bienestar' y 'Emociones'.

Por otro lado, las diferencias observadas en los relatos en función de las universidades puede ser un reflejo de los perfiles del alumnado y de la orientación formativa. En este sentido podríamos decir que la UCAM tiene estudiantes más preocupado por el bienestar, UR y UNIZAR un perfil más centrado en la seguridad y UVA-CS más centrado en la Autonomía. Resulta llamativo al respecto que UNIZAR, con puntuaciones significativamente más altas en la escala CIBISA-COVID no destaque en categorías como 'Bienestar' o 'Autonomía' y, sin embargo, sí lo haga en la de 'Seguridad'.

Para acabar, el análisis de contenido de los Eventos Notables también permite hacer un análisis de contenido de la escala CIBISA-COVID. En este sentido, lo analizado en los Eventos Notables no concuerda con lo determinado por el análisis estadístico en el sentido de que tanto en el estudio de validación de la escala original como los resultados obtenidos en el AFE de la escala CIBISA-COVID los resultados indican que la escala es unidimensional; aunque en realidad esta se construye como una escala que contiene estas tres dimensiones de forma teórica lo que sí que concordaría con el análisis de Eventos Notables.

7.4.5 Los casos

En relación con los casos podría aventurarse que, en las personas con mayor gravedad sintomatológica, las necesidades estaban peor cubiertas y existía una mayor sobrecarga psicológica; hecho que corrobora el análisis cualitativo que describe cómo a medida que mejora la sintomatología aumenta el bienestar físico y emocional.

Resulta llamativa la asociación inversa entre la edad y la gravedad sintomatológica. Este hecho responde a que en esta muestra las personas con diagnóstico positivo o sospecha tenían una edad significativamente menor a la de las personas con diagnóstico negativo. Por este mismo motivo se

puede explicar también que la satisfacción de necesidades se asociara de forma inversa con la edad. Desde otro punto de vista, dado que la gravedad sintomatológica y la satisfacción de necesidades es algo percibido, es posible que, la misma situación clínica en alguien más joven se perciba de una forma más grave que alguien de mayor edad y que estos a su vez consideren que con menos sus necesidades quedan satisfechas.

Puede afirmarse que las condiciones de aislamiento más estrictas y con menos espacio de esparcimiento generan una mayor sobrecarga psicológica y una peor satisfacción de necesidades, resultado congruente con lo esperado. Como congruentes son las asociaciones halladas entre el diagnóstico COVID con la satisfacción de necesidades y la sobrecarga psicológica. Estos resultados, además son similares a los hallados por Parrado-González y León-Jariego (2020) en un estudio con población general durante la pandemia.

7.4.6 Limitaciones y propuestas

Es importante advertir que los resultados del estudio, especialmente los relativos a los casos, deben ser tomados con cautela y contextualizados en base al diseño del estudio presentado. Este trabajo no cumple las características de un estudio epidemiológico y sus asociaciones no expresan en ningún caso causalidad.

En la misma línea, las posibilidades de generalización de los resultados relativas al aprendizaje en cuidados medido con la escala CIBISA-COVID son limitadas, dado que, aunque se haya contado con estudiantes de varias universidades la elección de estas responde a un muestreo de conveniencia. Por otro lado, el número de estudiantes en cada universidad ha sido muy dispar. Además, el alumnado participante era voluntario lo que dificulta la extrapolación de los datos fuera del contexto en el que han sido extraídos constituyendo esta una limitación importante del estudio.

Por otro lado, al utilizar medidas de autoinforme, los resultados pueden estar influenciados por la aquiescencia de los participantes y la necesidad de deseabilidad social, lo que supone otra limitación y una posible fuente de sesgos.

8 DISCUSIÓN GENERAL

Como se apuntaba en la Justificación y se ha podido comprobar a través de los cuatro estudios realizados el recorrido de esta tesis doctoral pasa por varias fases. En primer lugar, la evaluación de la validez convergente de la escala CIBISA que no se realizó en el estudio de validación original y que viene a completarlo. En segundo lugar, la puesta en marcha de la escala CIBISA en el contexto evaluativo para el que fue creada junto con una herramienta complementaria que son los Eventos Notables. Por último, la prueba de la escala en otros escenarios de evaluación como la simulación clínica o las prácticas domiciliarias propuestas al alumnado en sustitución de sus prácticas clínicas durante el confinamiento provocado por la pandemia por COVID-19.

Este recorrido, de varios años de duración, lleva a varias reflexiones. En primer lugar, que la escala CIBISA, más que un instrumento evaluativo es un instrumento que permite y facilita el aprendizaje en cuidados por parte del alumnado en las diferentes situaciones en las que se ha probado. En segundo lugar, que el complemento subjetivo, narrativo y reflexivo que aportan los Eventos Notables es fundamental para profundizar y asentar ese aprendizaje. En tercer lugar, que es precisa una reformulación de la escala por los problemas que presenta en su construcción y que han sido señalados tanto por docentes expertos como por el alumnado.

8.1 VALIDEZ DE CONSTRUCTO (CONVERGENTE) Y VALIDEZ DE CRITERIO (CONCURRENTE)

La validez convergente de la escala CIBISA original quedó demostrada en el Estudio 1 al hallarse correlación entre esta y las utilizadas para medir atención plena (MAAS) y autocompasión (SCS-SF) consideradas dimensiones íntimamente relacionadas con el cuidado.

En este primer estudio se decidió analizar la validez de constructo frente a la de criterio porque, como señala Urcola et al. (2017), no existía un estándar de oro claro con el que comparar la escala CIBISA, al menos en el momento de validación de la escala (datos recogidos durante el curso 2013-2014 aunque la publicación del estudio fue en 2017) y de la recogida de datos del Estudio 1 y del Estudio 2 en los que se utilizó la escala original.

No obstante, existen escalas similares a la escala CIBISA en tanto que estructura, contenido y finalidad pero que han sido creadas o validadas y adaptadas al castellano posteriormente (Allande Cussó, 2019; Allande Cussó et al., 2020, 2021; Ayala y Calvo, 2017; Castro Yuste, 2014; Castro Yuste et al., 2018; Fernández Ayuso et al., 2017; Gómez del Pulgar García-Madrid et al., 2017; Huércanos Esparza et al., 2021; Müggenburg et al., 2015; Pascual Fernández et al., 2019; Sitzman y Watson, 2019).

Respecto de estas escalas se podrían clasificar en dos subgrupos, aquellas que miden la percepción de cuidados de los pacientes y familiares y los propios profesionales y aquellas que constituyen instrumentos de evaluación de competencias del alumnado. Son las segundas las que tendrían más interés para evaluar la validez de criterio de la escala CIBISA y las que podrían considerarse como estándar de oro.

Bien es cierto que podrían haberse utilizado, tanto en esta tesis doctoral como en el estudio de validación, la escala Care-Q (Moreno et al., 1998; Sepúlveda Carrillo et al., 2009) o la PECIE (Huércanos Esparza, 2011), validadas ambas al castellano, para analizar la validez de criterio de la escala CIBISA, dado que ambas escalas son en las que se basa la construcción del cuestionario, constituyendo esto una limitación de esta tesis doctoral. También existen otras escalas validadas previamente (Alonso et al., 2005; C. L. Brown et al., 2005; Gómez del Pulgar García-Madrid, 2011) que podrían haber sido utilizadas.

En cualquier caso, la existencia de estudios posteriores con preocupaciones similares en relación con la puesta en valor del cuidado y de la relación enfermera-paciente más allá de lo estrictamente técnico en la formación del alumnado, es un hallazgo importante en el desarrollo disciplinar de la enfermería.

8.2 FIABILIDAD DE LA ESCALA CIBISA

Como se pudo comprobar en las discusiones de cada uno de los estudios la fiabilidad de la escala CIBISA, o de sus adaptaciones, ha sido buena (Argimon Pallás y Jiménez Villa, 2004; Celina Oviedo y Campo Arias, 2005; Cronbach, 1951; Sánchez-Villegas et al., 2008; Streiner, 2003) alcanzando valores para el alfa de Cronbach entre 0,858 y 0,882 en los estudios 1 y 2, en los que se utilizó la escala original, y de 0,854 en el estudio 4, en el que se utilizó una adaptación de esta. Además, en todos los casos estos valores se aproximan a los obtenidos en el estudio de validación de la escala original en el que se obtuvieron valores de 0,888 (Urcola Pardo et al., 2017). Además, estos valores pueden considerarse comparables, dado que la población analizada en todos los estudios mencionados está compuesta por alumnado de enfermería de diferentes universidades del mismo contexto educativo.

Es cierto que en el análisis individual del primer y segundo estudio las modificaciones en los valores de consistencia interna al retirar algunos ítems eran pequeñas y, a priori, no se pensó en retirar ítems de la escala CIBISA original. Sin embargo, al comparar ambos estudios existen coincidencias de algunos ítems que al ser retirados aumentarían la fiabilidad de la escala y por ello sería deseable valorar retirarlos o al menos modificar su redacción.

Concretamente los ítems que al ser retirados mejorarían los valores de consistencia interna y que se han repetido en el análisis de estos dos estudios son los ítems 3, 8 y 28. Los ítems 3 y 28 tienen la peculiaridad de que se refieren a características o valores deseables en el profesional (ser calmado) o la uniformidad del vestuario, más que a acciones de cuidados, como el resto de los ítems de la escala.

En la segunda medición del Estudio 2 se aprecia que, además del ítem 28, los valores para la consistencia interna mejorarían al retirar los ítems 4, 14, 17 y 22. En el caso del ítem 14 le ocurre como a los ítems 3 y 28, que más que señalar una acción de cuidados hace referencia a una característica o actitud de la enfermera. No ocurre lo mismo con los ítems 4, 17 y 22 a los que se les puede achacar que en su enunciado hacen referencia a varias acciones, lo que puede resultar confuso o problemático a la hora de responder a ese ítem.

En definitiva, los ítems 3, 14 y 28 que no se refieren a acciones de cuidados propiamente dichas y que reportan datos de consistencia interna mejorables deberían ser revisados, modificados o eliminados. Por otro lado, los problemas de redacción del resto de ítems que han sido identificados tanto en el análisis estadístico, como por el alumnado participante en el grupo focal del Estudio 2, como por el grupo de docentes expertos que debían valorar la utilidad de la escala en contextos evaluativos de simulación clínica, deben modificarse para mejorar la fiabilidad de la escala.

8.3 INFLUENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS EN LOS VALORES MEDIOS DE LA ESCALA CIBISA Y SENSIBILIDAD A LOS CAMBIOS.

Tomando como punto de partida los resultados obtenidos en la validación de la escala original, que apuntaban a que:

“La escala CIBISA es una herramienta fiable para la evaluación del alumno puesto 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 de cualquier alumno o alumna” (Urcola Pardo et al., 2017);

se puede afirmar que los hallazgos de los estudios que componen esta tesis doctoral no son concordantes con esta afirmación y tampoco son consistentes entre sí.

En el Estudio 1 se observaron diferencias para las puntuaciones de la escala CIBISA en función de la edad y la universidad, aunque estas puntuaciones seguían siendo independientes en función del sexo y el lugar de prácticas. Sin embargo, en el Estudio 2 no hubo diferencias en función de ninguna de las variables sociodemográficas o académicas, aunque también es cierto que en este caso todo el alumnado participante pertenecía a UNIZAR y, por lo tanto, no fue posible analizar si existían diferencias entre universidades. En el Estudio 4, aunque se utilizó una adaptación de la escala, sí que se mantuvo la independencia en función del sexo, la edad, el curso y la situación laboral del alumnado, pero se objetivaron diferencias en la puntuación entre Universidades, igual que se había observado en el Estudio 1. Es decir, los resultados de los estudios no permiten corroborar que la puntuación de

la escala CIBISA sea independiente de variables sociodemográficas o académicas, siendo las que más influyen el centro educativo y la edad en oposición al sexo y el lugar de prácticas.

Al respecto, y como se señaló en la discusión del Estudio 2 resulta muy llamativo que la escala no presente diferencias en función del sexo, dada la influencia de la perspectiva de género en la concepción del cuidado (Fajardo Trasobares y Germán Bes, 2004; Germán Bes et al., 2015). No obstante, los resultados hallados en otros estudios que utilizan escalas similares no son consistentes ni concluyentes al respecto, encontrándose trabajos en los que se observaron diferencias en función del sexo (Allande Cussó, 2019; Bustos Azócar et al., 2016) y otros en los que no se observan esas diferencias (Allande Cussó et al., 2021; Ayala y Calvo, 2017).

Por otro lado, solo el Estudio 2 permite corroborar que la escala CIBISA es sensible a la detección de cambios en el aprendizaje, dado que se detectó una diferencia significativa entre la primera y la segunda medición.

8.4 LOS EVENTOS NOTABLES

Las narrativas recogidas a través de los Eventos Notables suponen un complemento subjetivo y reflexivo al uso de la escala CIBISA que, independientemente de su orientación teórica, no deja de ser un instrumento que pretende alcanzar ciertos estándares de objetividad que permitan cuantificar una variable, en este caso el aprendizaje en cuidados. De hecho, como se apuntaba en el Estudio 4 “a pesar de la utilidad de la escala como instrumento de aprendizaje y autoevaluación son los Eventos Notables los que permiten una mayor reflexión sobre lo aprendido en el contexto asistencial”. Además, como señala Miller (1990), es precisa la complementariedad de varios instrumentos para evaluar una competencia, dado que ninguno, por sí mismo, es capaz de valorarla en su totalidad.

De hecho, esta apuesta por el uso de narrativas para favorecer el aprendizaje y la evaluación del alumnado durante sus prácticas clínicas es un método cada vez más habitual en el ámbito de la enfermería. El uso de portafolios o diarios de campo es cada vez más común (Bardají Fandos, 2008;

Coffey, 2005; Ferrer Hernández, 2010; García-Carpintero Blas et al., 2015, 2019; Gómez Moreno, 2010; Hilliard, 2006; Katebi et al., 2020; Lora López et al., 2008; Mlinar Reljić et al., 2019; Roca i Caparà et al., 2011; Serrano-Gallardo et al., 2010; Siles González et al., 2009; Steven et al., 2020; Tracy et al., 2000). Otras posibilidades, más creativas, pasan, por ejemplo, por el uso de la poesía para la gestión de las emociones vividas por el alumnado durante las prácticas clínicas (Siles González y Solano Ruiz, 2017). Todos estos instrumentos, como los Eventos Notables, facilitan, mediante la narración de acontecimientos trascendentes acaecidos durante las prácticas clínicas, la adquisición de conceptos teórico-prácticos, pero también reflexionar sobre la experiencia vivida y las emociones sentidas; es decir favorecen el aprendizaje y la adquisición de competencias de una forma más integral. Además, como apunta Helminen et al. (2014), el alumnado valora más positivamente las aproximaciones cualitativas que las cuantitativas en la evaluación.

Si comparamos los estudios 2 y 4, los únicos en los que se han utilizado los Eventos Notables, vemos que las categorías generadas para su análisis son equiparables. En ambos estudios el análisis de contenido partió del mismo marco referencial (Germán Bes, 2004; Hueso Navarro, 2015) y era esperable la aparición de categorías como 'Bienestar', 'Seguridad' y 'Autonomía'. El resto de categorías, que se podrían considerar contextuales, también encajan con los modelos de partida (Callén Galindo, 2012; Germán Bes et al., 2015; Germán Bes y Hueso Navarro, 2010; Huércanos Esparza, 2011; Hueso Navarro, 2015) y, además, se mantienen en ambos estudios. Otros trabajos como el de Ferrer Hernández (2010) también identifican algunas de las categorías denominadas, en esta tesis doctoral, como 'contextuales' en su análisis de incidentes críticos. Mlinar Réljic et al. (2019), en un estudio reciente en el que utilizó el diario reflexivo durante las primeras prácticas del alumnado, también describe categorías como 'Emociones' y 'Relaciones interpersonales' (enfermera-estudiante y enfermera-paciente) al analizar las narrativas de los estudiantes. En la misma línea, García-Carpintero Blas et al. (2019) hallaban categorías como 'Dificultades del entorno' o 'Crecimiento personal y profesional' muy cercanas a lo que en los Estudios 2 y 4 se denominó 'Profesionalización' o 'Emociones'. Además, estos autores también apuntaban en su estudio que el alumnado identificaba

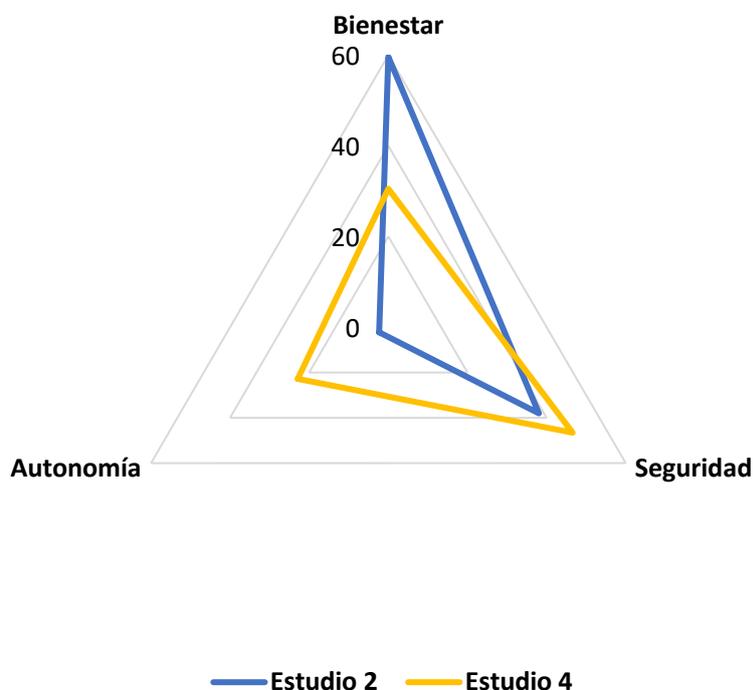
el cuidado en sus relatos desde un punto de vista holístico haciendo referencia al bienestar, la seguridad y la autonomía.

Sí que se observaron cambios respecto de la cantidad de referencias en una u otra categoría en función del estudio. Mientras que en el segundo no hay prácticamente referencias a la 'Autonomía' y priman las referencias al 'Bienestar'; en el cuarto hay un aumento considerable de los fragmentos referidos a la categoría 'Autonomía' y la narrativa del alumnado se centra más en aspectos relativos a la 'Seguridad' (Figura 8-1). Es posible que este hecho venga determinado por el espacio en el que se realizaron las prácticas, en un caso en centros hospitalarios y en servicios muy tecnificados y en el otro en la comunidad durante un periodo de pandemia.

En ambos estudios fueron las categorías 'Bienestar' y 'Autonomía' las que recogieron fragmentos relacionadas con cuidados invisibles cubriendo las ocho dimensiones descritas por Huércanos Esparza (2011): fomento del autocuidado, relación de confianza, apoyo emocional, tacto y escucha, ética y respeto, confort, presencia cuidadora e imagen de la enfermería dentro del equipo; previamente identificadas por Germán Bes y Hueso Navarro (2010). El resto de las categorías analizadas se refieren a cuidados técnicos o de vigilancia, al contexto en el que se producen los cuidados y a las emociones sentidas por el alumnado durante la asistencia. Como se apuntaba en ambos estudios, estos resultados concuerdan con lo planteado por Blázquez Ornat et al. (2017, 2018) en alumnado de características similares y con un sistema de recogida y análisis de datos semejante.

Figura 8-1

Forma del Triángulo de los Cuidados en función del porcentaje de referencias para las categorías Bienestar, Seguridad y Autonomía en los Estudios 2 y 4



En el análisis de las narrativas en función de características sociodemográficas y académicas ambos estudios arrojaron resultados similares. De hecho, tanto uno como otro reportaron diferencias en función del sexo al analizar el contenido de los Eventos Notables, siendo las alumnas las que hicieron más referencia a las emociones sentidas en el contexto asistencial. Sin embargo, no coincidieron los resultados de ambos trabajos en las diferencias en el discurso en relación con otras categorías. Por ejemplo, en el Estudio 2 fueron los estudiantes los que hicieron más menciones a aspectos relativos a la 'Seguridad' frente al Estudio 4 en el que las alumnas reportaron esta categoría en más ocasiones. Es posible que la diferencia en los entornos en los que se han realizado las prácticas influya en estas diferencias.

En ambos estudios el discurso del alumnado no parecía estar influido por la puntuación media de la escala. Sin embargo, sí se apreciaron algunas diferencias en las narrativas en función del lugar

de prácticas y de la cohorte a la que pertenecía este. Además, en el Estudio 4 se observó concordancia entre el análisis estadístico, en el que se hallaron diferencias en los valores medios de la escala en función de la universidad, y las diferencias observadas en el análisis cualitativo de los relatos en función de esta misma variable. Además, estos resultados permitían dar sentido a lo observado en el Estudio 1 de esta tesis doctoral aunque no concordaría con lo hallado en el estudio de validación de la escala (Urcola Pardo et al., 2017). Es posible, no obstante que estas diferencias sean reflejo de los perfiles del alumnado y de su orientación formativa, aunque como se justificaba en el Estudio 1 no existen diferencias muy marcadas en los programas formativos de las universidades participantes.

Tanto en el Estudio 2 como en el Estudio 4, los ítems de la escala original o su adaptación quedaron reflejados en los Eventos Notables. Esto implica que, bien porque el alumnado toma la escala como referencia para fijarse en determinadas cuestiones del cuidado que resultan de interés, bien porque las cuestiones que interesan a los estudiantes sobre el cuidado coinciden con los ítems de la escala, estos, durante su aprendizaje en la práctica clínica ponen en valor no solo aspectos técnicos, sino que tienen presente aspectos relativos al bienestar, a la autonomía y a los cuidados invisibles. Este hecho, aporta validez de contenido a la escala. Resulta difícil discriminar si el alumnado presta atención a estas dimensiones del cuidado por usar la escala o influyen también otras cuestiones.

También en ambos estudios es concordante la contradicción existente entre la estructura teórica de la escala en base a tres dimensiones 'Bienestar', 'Seguridad' y 'Autonomía', coincidente con la narrativa del alumnado en sus Eventos Notables, y la estructura propuesta por el AFE en el estudio de validación o el que se realizó para la adaptación de la escala en el Estudio 4.

En definitiva, se puede decir que los Eventos Notables son un instrumento que complementa la escala porque aporta subjetividad y capacidad de reflexión. De igual forma permiten al alumnado hablar de las emociones vividas durante las prácticas que tienden a ser de mucha intensidad. Además, son un instrumento flexible y adaptable al contexto en el que se emplea. También, de forma colateral

permite desarrollar otras habilidades que la cumplimentación de la escala no permite como la escritura, la organización de ideas o la elaboración de informes.

8.5 LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS

De forma general, una de las limitaciones recurrente para cada estudio fue la de la selección de los participantes. En todos los casos se utilizaron muestras poblacionales no aleatorizadas. Tampoco las universidades fueron elegidas por medios azarosos, sino que siguieron criterios de conveniencia. Este hecho, evidentemente limita la posibilidad de extrapolar los datos a otros contextos.

Además, en algunos casos como en el segundo y el tercer estudio el número de participantes ha sido reducido. Lo que hace pensar en si los métodos de captación de participantes han sido suficientemente adecuados. En este sentido, aunque en el Estudio 3 la captación fue a través de sistemas *on-line* y no se pudo facilitar la información de manera presencial, lo que posiblemente hubiera mejorado la tasa de respuesta, en el Estudio 2 sí que se utilizó este sistema de captación y aun así el número de participantes no fue muy elevado. Por el contrario, en el Estudio 4, en el que no se pudo utilizar la captación directa por las circunstancias de confinamiento de la población, el número de participantes fue suficiente.

Por otro lado, como en cualquier estudio que utilice medidas de autoinforme, los resultados pueden estar influenciados por la aquiescencia de los participantes y la necesidad de deseabilidad social, hecho que afecta transversalmente a todos los estudios incluidos en la tesis doctoral.

También se plantean dudas sobre la elección del diseño de dos de los trabajos. En el Estudio 2 se utilizó un diseño descriptivo y no un ensayo controlado lo que dificulta el establecimiento de relaciones entre las variables. Bien es cierto que como apuntan algunos autores los diseños pre-post se consideran suficientemente adecuados en estudios sobre temas educacionales (Campbell et al., 2000; Musick, 2006). Por otro lado, el procedimiento de recogida de datos utilizado en el Estudio 3 no facilitó la retroalimentación con los expertos lo que pudo suponer una limitación que podría haber

sido subsanada combinando esta forma de recogida de datos con entrevistas individuales o grupales o varias rondas de preguntas como en la técnica Delphi (Yañez-Gallardo y Cuadra-Olmos, 2008).

Por último, otra de las limitaciones de esta tesis doctoral viene determinada por las limitaciones de la propia escala. De hecho, es llamativo que, ya en el estudio de validación de la escala, inicialmente construida desde un marco conceptual tridimensional (bienestar, autonomía y seguridad), no responda adecuadamente a ese modelo y se comporte como una escala unidimensional. Por otro lado, el Estudio 2 y el Estudio 3 son los que ponen de manifiesto este hecho con mayor claridad. Muchos de los docentes expertos consultados y el alumnado participante en el grupo focal indicaba, en sus observaciones, aspectos de la escala que dejaban en evidencia algunas flaquezas relacionadas, fundamentalmente, con la subjetividad de los ítems y la dificultad de adecuarlos a los diferentes escenarios clínicos a los que un estudiante se encuentra a lo largo de sus prácticas clínicas o de simulación. Además, a pesar de hallar en todos los estudios en los que se ha utilizado la escala valores de consistencia interna aceptables hay otros aspectos en los que la escala no se comporta de forma congruente. Por ejemplo, al hallar diferencias en función de la edad, el sexo o el lugar de prácticas.

A pesar de ello la escala es un instrumento importante para el aprendizaje, especialmente para tener en cuenta algunos aspectos del cuidado que no se tienen en cuenta habitualmente en otras rúbricas.

8.6 QUÉ NECESITA LA ESCALA CIBISA

Tras probar la escala en diferentes contextos evaluativos y consultar a docentes expertos y al alumnado a través de los estudios realizados se han detectado algunas áreas de mejora para la escala CIBISA.

En primer lugar, sería necesaria una revisión de la redacción de los ítems. Es preciso que estos estén descritos de forma más clara y precisa para darles un sentido unívoco, que plantee menos

confusión e interpretabilidad por parte del alumnado. Por otro lado, se ha detectado que algunos ítems parecen redundantes y que pueden agruparse o retirarse.

Ambas propuestas: clarificación y reducción de ítems; no están reñidas con la filosofía de la escala de visibilizar los cuidados visibles e invisibles. De hecho, es posible que clarificar los ítems permita al alumnado tener más claro cuáles son las intervenciones sobre las que debe de poner atención.

En el Anexo XVIII se presenta una nueva propuesta de la escala en la que se han separado los ítems que tenían en su enunciado varias acciones, se ha revisado la redacción de los ítems, se han suprimido aquellos que resultaban redundantes y se han reorganizado atendiendo a su relación con las categorías de análisis de los Eventos Notables.

8.7 RECOMENDACIONES DE USO DE LA ESCALA

Por último, a la vista de los resultados obtenidos en los diferentes estudios que componen esta tesis doctoral, de las limitaciones de estos y de la propia escala CIBISA, independientemente de las correcciones propuestas para esta y a falta de la validación de la nueva versión de la escala, se recomienda el uso de la escala CIBISA como un instrumento autoadministrado, dirigido a la autoevaluación (entendiendo la autoevaluación desde un punto de vista formativo y no sumativo) o el autoaprendizaje en contextos de práctica clínica.

Como se apuntaba en el Estudio 3, es en base a este concepto de evaluación, que la escala CIBISA tiene sentido. Debido a su concepción original, parece funcionar mejor en situaciones de autoevaluación, con una orientación formativa, que de evaluación sumativa. Parece que la escala suscita al alumnado acciones o actitudes en torno al cuidado que de otra forma no llevaría a cabo y la cumplimentación de este instrumento, a lo largo de las prácticas, fomenta estas habilidades y actitudes. Es decir, ayuda al alumnado a adquirir aprendizaje más que a evaluar su conducta. Por ello,

es posible que parte de las correcciones sugeridas o los desacuerdos de los docentes expertos participantes en este estudio estuvieran relacionados con esta característica de la escala.

Por otro lado, como ya se ha apuntado anteriormente, el uso de los Eventos Notables como complemento reflexivo a la escala es fundamental y necesario.

8.8 PROYECTOS PARALELOS, PUBLICACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE TRABAJO.

En este breve apartado se exponen aquellos desarrollos derivados de la realización de esta tesis doctoral. En primer lugar, la puesta en marcha del proyecto CIBISA y su carácter multicéntrico generó la necesidad de crear un espacio *on-line* en el que poder recoger datos. Para ello se desarrolló una página web (Grupo AMAS, 2016b) que ha cumplido con una doble función: divulgativa y de recogida de datos. Este espacio, denominado Proyecto CIBISA, da cuenta de las fases en las que se ha desarrollado el proyecto, ha permitido albergar los cuestionarios para recoger datos y es el lugar donde cualquier investigador o docente interesado puede solicitar permiso para el uso de la escala.

Al hilo de esto último, en la actualidad, existen varios investigadores que han iniciado trabajos de investigación que tienen como centro de interés el cuidado y en los que se está utilizando la escala CIBISA como instrumento de medida. Especial interés cobran dos colaboraciones realizadas con profesoras de Fisioterapia y una docente en Terapia Ocupacional que tienen como objetivo adaptar la escala a sus contextos docentes y disciplinares.

Por otro lado, a lo largo de la realización de esta tesis doctoral se ha participado en varios Congresos Internacionales que han recogido, en forma de comunicaciones y ponencias, resultados preliminares. También se procedió a la publicación de un artículo de una revisión preliminar cuyos resultados forman parte de la introducción de esta tesis doctoral. En el Anexo XIX se puede ver un listado con estos trabajos y sus datos bibliométricos.

Por último, una vez realizada la propuesta de mejora de la escala CIBISA y comprobada su aceptación y utilidad se plantea como futura línea de investigación la validación del nuevo

instrumento. Sería necesario comprobar la validez de criterio de la escala. Es un dato que no se ha comprobado hasta la fecha y que, ante la evidencia de que existen instrumentos de características similares debiera analizarse. Por último, sería importante incluir el instrumento en las asignaturas de Prácticum como una herramienta más a disposición del alumnado durante las prácticas clínicas.

9 CONCLUSIONES

1. La escala CIBISA, y sus adaptaciones, han demostrado ser instrumentos válidos, fiables y útiles para evaluar el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles en el alumnado de Grado de Enfermería en los diferentes ámbitos evaluativos en los que se ha utilizado.
2. La escala CIBISA ha demostrado poseer una adecuada consistencia interna para medir el aprendizaje en cuidados en una muestra de estudiantes de enfermería. Además, que existiese correlación entre esta escala y las que medían atención plena y autocompasión apunta hacia una adecuada validez convergente.

Las diferencias halladas en el aprendizaje en cuidados en función de la edad y la universidad no permiten corroborar que la escala CIBISA sea adecuada para la evaluación de cualquier estudiante independientemente del contexto, como sí se pudo observar en el estudio de validación original.

3. La atención plena y la autocompasión son dimensiones influyentes en el aprendizaje en cuidados del alumnado en enfermería y, por lo tanto, sería importante incluirlas en los programas formativos y en la evaluación de competencias de forma transversal.
4. La escala CIBISA ha resultado ser una herramienta válida, fiable y útil para que el alumnado de Grado de Enfermería autoevalúe el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles durante sus prácticas clínicas. Además, a la vista de los resultados se pudo comprobar que, a lo largo de las prácticas clínicas, el alumnado aumenta el nivel competencial y de aprendizaje en cuidados.
5. Estos resultados cuantitativos quedaron reforzados por las narrativas del alumnado que identificó, a través de los Eventos Notables, dimensiones de cuidados invisibles que se relacionan con ítems de la escala CIBISA, constituyendo este instrumento cualitativo un complemento reflexivo fundamental para la autoevaluación del aprendizaje en cuidados.
6. Según el grupo de expertos consultados la escala CIBISA-Evaluadores es una herramienta válida y útil para la evaluación, formativa o sumativa, del alumnado en contextos de simulación clínica, aunque necesita ser revisada para ajustarse a los requerimientos de este

tipo de evaluación. En cualquier caso, a la vista de los resultados de esta consulta y de la discusión planteada se puede decir que, al margen de las revisiones de la escala que se puedan realizar, esta encuentra su mayor sentido en las situaciones de autoevaluación de las prácticas clínicas del alumnado.

7. La escala CIBISA-COVID ha resultado ser una herramienta válida y fiable para que el alumnado de Grado de Enfermería autoevalúe su aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles en la asistencia a personas de su entorno confinadas durante la pandemia de COVID-19. Además, esta adaptación de la escala mantiene las características de la escala original de unidimensionalidad, fiabilidad e independencia. Por lo tanto, la escala CIBISA demuestra su capacidad de flexibilidad y de adaptación a entornos y contextos clínicos específicos.
8. Los Eventos Notables suponen el complemento subjetivo y reflexivo de la escala CIBISA-COVID y en ellos el alumnado identifica dimensiones de cuidados invisibles relacionadas con los ítems de la escala. El alumnado de Grado de Enfermería implementa cuidados poniendo atención en aspectos que abarcan el cuidado invisible cuando atienden a personas de su contexto familiar y social en situación de confinamiento.
9. En definitiva, se puede concluir que la escala CIBISA, y sus adaptaciones, son instrumentos de evaluación válidos, fiables y útiles para evaluar el aprendizaje en cuidados con perspectiva de cuidados invisibles. La escala CIBISA ha mantenido, en los escenarios en los que se ha evaluado, sus características de unidimensionalidad y fiabilidad. Sin embargo, no se ha podido corroborar su independencia de variables como el centro educativo o la edad. A pesar de su adecuada validez, fiabilidad y utilidad, se han observado aspectos mejorables en la construcción de la escala, por lo que se ha elaborado una nueva propuesta corregida para su posterior validación. Los Eventos Notables son una herramienta cualitativa que complementa la escala CIBISA aportando la subjetividad del alumnado y permitiendo la reflexión sobre algunas situaciones clínicas reseñables vividas durante las prácticas clínicas.

10 BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [ANECA]. (2004). *Libro Blanco: Título de Grado de enfermería* (L. Bernués Vázquez y M. Peya Gascóns (Eds.)). Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [ANECA]. http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- Agudo Zamora, M. J., y Milione, C. (2010). El afianzamiento de las competencias sistémicas e instrumentales en el alumno universitario a través de la enseñanza práctica del sistema constitucional español de protección de los derechos y libertades. *Docencia y Derecho*, 1, 1-7. <http://hdl.handle.net/10396/6808>
- Ahuja, J. (2009). OSCE: a guide for students, part 1. *Practice Nurse*, 37(1), 37-39.
- Alberdi Castell, R. M. (1999). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*, 2(11), 20-26.
- Alexander, G. K., Rollins, K., Walker, D., Wong, L., y Pennings, J. (2015). Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace Health y Safety*, 63(10), 462-470. <https://doi.org/10.1177/2165079915596102>
- Alinier, G. (2003). Nursing students' and lecturers' perspectives of objective structured clinical examination incorporating simulation. *Nurse Education Today*, 23(6), 419-426. [https://doi.org/10.1016/s0260-6917\(03\)00044-3](https://doi.org/10.1016/s0260-6917(03)00044-3)
- Allande Cussó, R. (2019). *Construcción y validación de una escala de evaluación del nivel de competencia en la interacción de cuidado para estudiantes de Grado en Enfermería* [Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla]. <https://hdl.handle.net/11441/89975>
- Allande Cussó, R., Gómez Salgado, J., Macías Seda, J., y Porcel Gálvez, A. M. (2021). Assessment of the nurse-patient interaction competence in undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 96, 104627. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104627>

- Allande Cussó, R., Macías Seda, J., y Porcel Gálvez, A. M. (2020). Adaptación transcultural de la escala Caring Nurse-Patient Interactions para la evaluación de la competencia en la relación enfermera-paciente. *Enfermería Clínica*, 30(1), 42-46. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.005>
- Alonso, R., Blanco-Ramos, M. Á., y Gayoso, P. (2005). Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(5), 246-250. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(05\)75092-2](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(05)75092-2)
- Altmann, T. K. (2007). An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: theory or philosophy? *Contemporary Nurse*, 25(1-2), 114-123. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.25.1-2.114>
- Amezcuca, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*, IX(30), 30-35.
- Amezcuca, M. (2009). Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index de Enfermería*, 18(2), 77-79.
- Amezcuca, M. (2015). La integración de la Enfermería en la Universidad: una historia inacabada. *Temperamentvm*, 11(22), t2200. <http://ciberindex.com/c/t/t2200>
- Amezcuca, M., y González Iglesias, M. E. (2015). La creación del título de Enfermera en España: ¿cient años de una incoherencia histórica? *Index de Enfermería*, 24(1-2), 7-9.
- Andina Díaz, E. (2004). Enfermeras del bando nacional en la Guerra Civil española, según el libro "Princesas del Martirio" de Concha Espina. *Index de Enfermería*, XIII(47), 61-65.
- Antón Solanas, I., Hallet, C. E., y Wakefield, A. (2005). El diario de Priscilla Scott-Ellis: Enfermera en Tiempo de Guerra. *Temperamentvm*, 1(2), t6125. <http://ciberindex.com/c/t/t6125>
- Ardenghi, S., Russo, S., Luciani, M., Salvarani, V., Rampoldi, G., Bani, M., Ausili, D., Di Mauro, S., y Strepparava, M. G. (2022). The association between dispositional mindfulness and empathy among undergraduate nursing students: A multicenter cross-sectional study. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02829-1>

- Argimon Pallás, J. M., y Jiménez Villa, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (3ª ed.). Elsevier.
- Armstrong, K. (2011). *Doce pasos hacia una vida compasiva*. Paidós.
- Arnau-Figueras, J., y Martínez-Carretero, J. M. (2009). *Comparativa de instrumentos de evaluación de la competencia. Evaluación de la competencia clínica: análisis comparativo de dos instrumentos (ECO versus Portafolio)*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Arribas Verdugo, S., y Del Castillo Santos, R. (2007). La justicia en tres dimensiones: entrevista con Nancy Fraser. *Minerva: Revista del Círculo de Bellas Artes*, 6, 24-29.
[http://www.circulobellasartes.com/fich_minerva_articulos/La__justicia__en__tres__dimensiones_\(4874\).pdf](http://www.circulobellasartes.com/fich_minerva_articulos/La__justicia__en__tres__dimensiones_(4874).pdf)
- Declaración de Helsinki: Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 21 marzo, (2017). <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Astbury, J., Ferguson, J., Silverthorne, J., Willis, S., y Schafheutle, E. (2021). High-fidelity simulation-based education in pre-registration healthcare programmes: a systematic review of reviews to inform collaborative and interprofessional best practice. *Journal of Interprofessional Care*, 35(4), 622-632. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1762551>
- Atkin, J. M. (1968). Behavioral Objectives in Curriculum Design: A Cautionary Note. *The Science Teacher*, 35(5), 27-30.
- Ayala, R. A., y Calvo, M. J. (2017). Cultural adaptation and validation of the Caring Behaviors Assessment tool in Chile. *Nursing y health sciences*, 19(4), 459-466.
<https://doi.org/10.1111/nhs.12364>

- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., y Williams, J. M. G. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, 15(3), 329-342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Bagnasco, A., Tolotti, A., Pagnucci, N., Torre, G., Timmins, F., Aleo, G., y Sasso, L. (2016). How to maintain equity and objectivity in assessing the communication skills in a large group of student nurses during a long examination session, using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). *Nurse Education Today*, 38, 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.034>
- Baid, H. (2011). The objective structured clinical examination within intensive care nursing education. *Nursing in critical care*, 16(2), 99-105. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00396.x>
- Bakosh, L. S., Snow, R. M., Tobias, J. M., Houlihan, J. L., y Barbosa-Leiker, C. (2016). Maximizing Mindful Learning: Mindful Awareness Intervention Improves Elementary School Students' Quarterly Grades. *Mindfulness*, 7(1), 59-67. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0387-6>
- Balde, C., Del Barrio Pelaz, M. A., Díaz Hernández, D., Curbelo Rodríguez, M. N., y Moreno Muñoz, A. (2021). Vivencias del personal de enfermería del Hospital San Juan de Dios de Tenerife en tiempos de COVID-19. *Cultura de los cuidados*, 60-1, 55-71. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.esp2.05>
- Balluerka, N., De la Rúa, C., Bilbao, R., Aguirre, J. M., Juaristi, P., López-Abadía, I., Juaristi, A., Rodríguez, A., Azkue, J., Moragues, L., Sanz, B., Zubero, I., Castellano, J., Marcos, M. J., y Ruiz, D. (2012). *Estudiantes de la UPV/EHU como sujetos de investigación* (I. López-Abadía (Ed.)). Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. https://www.ehu.eus/documents/2458096/3401856/08_EstudiantesInvestigacion_es.pdf
- Baminiwatta, A., y Solangaarachchi, I. (2021). Trends and Developments in Mindfulness Research over 55 Years: A Bibliometric Analysis of Publications Indexed in Web of Science. *Mindfulness*, 12(9), 2099-2116. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01681-x>

- Bardají Fandos, T. (2008). El diario reflexivo como herramienta de enfermería de autoaprendizaje en la formación. *Nursing*, 26(7), 52-55.
- Bartfay, W. J., Rombough, R., Howse, E., y Leblanc, R. (2004). Evaluation. The OSCE approach in nursing education. *The Canadian nurse*, 100(3), 18-23.
- Bautista, L. M. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichán*, 8(1), 74-84.
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/125>
- Baxter, P., y Norman, G. (2011). Self-assessment or self deception? A lack of association between nursing students' self-assessment and performance. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2406-2413. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05658.x>
- Beddoe, A. E., y Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *Journal of Nursing Education*, 43(7), 305-312.
<https://doi.org/10.3928/01484834-20040701-07>
- Benner, P. (1982a). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Benner, P. (1982b). Issues in Competency-Based Testing. *Nursing Outlook*, 30(5), 303-309.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Benner, P. (1999). Claiming the wisdom and worth of clinical practice. *Nursing and Health Care Perspectives*, 20(6), 312-319.
- Benner, P., Hooper-Kyiakidis, P., y Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom in critical care: A thinking-in-action approach*. W.B Saunders.
- Benner, P., Tanner, C., y Chesla, C. (1992). From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(3), 13-28.

- Benner, P., Tanner, C., y Chesla, C. (1996). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics*. Springer.
- Benner, P., y Wruble, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley.
- Bernabéu Mestre, J., y Gascón Pérez, E. (1995). El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. *Dynamis*, 15, 151-176.
- Blackman, I., Hall, M., y Darmawan, I. G. N. (2007). Undergraduate Nurse Variables that Predict Academic Achievement and Clinical Competence in Nursing. *International Education Journal*, 8(2), 222-236.
- Blázquez Ornat, I. (2017). *El prácticante: el nacimiento de una nueva profesión sanitaria en España*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Blázquez Ornat, I., Anguas Gracia, A., Subirón Valera, A. B., Gasch Gallén, Á., Bernués Vázquez, L., y Germán Bes, C. (2018). La reflexión sobre los eventos notables de las prácticas clínicas del alumnado de Enfermería Comunitaria II de la Universidad de Zaragoza. *Revista Paraninfo Digital*, XII(28), 1-3. <http://www.index-f.com/para/n28/e091.php>
- Blázquez Ornat, I., Urcola Pardo, F., Ruíz de Viñaspré, R., y Germán Bes, C. (2017). Experiencias sobre el aprendizaje clínico del alumnado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 87-90.
- Boff, L. (2006). *El águila y la gallina* (4ª ed). Trotta.
- Boff, L. (2012). *El cuidado necesario*. Trotta.
- Bramble, K. (1994). Nurse practitioner education: enhancing performance through the use of the Objective Structured Clinical Assessment. *Journal of Nursing Education*, 33(2), 59-65.

- Brosnan, M., Evans, W., Brosnan, E., y Brown, G. (2006). Implementing objective structured clinical skills evaluation (OSCE) in nurse registration programmes in a centre in Ireland: a utilisation focused evaluation. *Nurse Education Today*, 26(2), 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.08.003>
- Brown, C. L., Holcomb, L., Maloney, J., Naranjo, J., Gibson, C., y Russell, P. (2005). Caring in Action: the patient care facilitator role. *International Journal of Human Caring*, 9(3), 51-58. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.9.3.51>
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 113(3), 191-206. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brykczynski, K. A. (2011). Patricia Benner. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica enfermera. En M. R. Alligood y A. Marriner-Tomey (Eds.), *Modelos y Teorías en enfermería* (7ª ed, pp. 137-164). Elsevier.
- Budapest-Viena Declaration on the European Higher Education Area, 12 March, (2010). http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/2010_Budapest_Vienna/64/0/Budapest-Vienna_Declaration_598640.pdf
- Bujack, L., McMillan, M., Dwyer, J., y Hazelton, M. (1991a). Assessing comprehensive nursing performance: the Objective Structural Clinical Assessment (OSCA). Part 1--Development of the assessment strategy. *Nurse Education Today*, 11(3), 179-184. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90057-h](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90057-h)
- Bujack, L., McMillan, M., Dwyer, J., y Hazelton, M. (1991b). Assessing comprehensive nursing performance: the Objective Structured Clinical Assessment (OSCA). Part 2--Report of the evaluation project. *Nurse Education Today*, 11(4), 248-255. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90086-p](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90086-p)

Bulfone, G., Zanini, A., Tosolini, C., y Zuliani, S. (2006). The OSCE method (Objective Structured Clinical Examination) in the university course for nurses in Udine. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 25(3), 176-180.

Burger, K. (2015). *Examining the Use of Mindfulness Meditation to Enhance Attention Regulation Efficiency in Nursing Students* [Tesis Doctoral, Duquesne University]. <https://dsc.duq.edu/etd/364>

Buss Thofehr, M., López Montesinos, M. J., Porto, A. R., Amestoy, S. C., Arrieira, I. C. de O., y Mikla, M. (2013). Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 75-78.

Bustos Azócar, S., Rivera Fuentes, N., y Pérez Villalobos, C. (2016). Habilidad de cuidado en estudiantes de enfermería de una universidad tradicional de Chile. *Ciencia y Enfermería*, XXII(2), 117-127. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532016000200009>

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., y Wagner, C. M. (Eds.). (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7ª ed). Elsevier.

Cabero Almenara, J., y Gisbert Cervera, M. (2002). *Materiales formativos multimedia en la red: guía práctica para su diseño*. Universidad de Sevilla, Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías.

Callén Galindo, M. (2012). *El cuidado invisible desde una doble perspectiva, la de pacientes y enfermeras* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/8784>

Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., y Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321(7262), 694-696. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7262.694>

- Canalejas Pérez, M. del C. (2010). El Portafolios como herramienta didáctica en la formación de enfermeras. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 141-146.
- Cano-Caballero Gálvez, M. D. (2004). Enfermería y género, tiempo de reflexión para el cambio. *Index de Enfermería*, XIII(46), 34-39.
- Cano García, M. E. (2008). La evaluación por competencias en la Educación Superior. *Profesorado. Revista de Currículum Formación de Profesorado*, 12(3), 1-16.
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56712875011>
- Cánovas Tomás, M. A. (2004). Trabajo e ideología de género: un análisis antropológico de la enfermería en Murcia. *Enfermería Global*, 3(2), 1-12.
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/550/570>
- Cant, R., McKenna, L., y Cooper, S. (2013). Assessing preregistration nursing students' clinical competence: a systematic review of objective measures. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), 163-176. <https://doi.org/10.1111/ijn.12053>
- Cárdenas Jiménez, O. L., Castro Herrera, A. M., Guevara Rojas, E. J., y Rojas Cifuentes, L. A. (2008). *Estudio piloto de la validación del cuestionario Care-Q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería* [Trabajo Fin de Grado]. Universidad El Bosque.
- Castillo Arredondo, S., y Cabrerizo Diago, J. (2010). *Evaluación educativa de aprendizajes y competencias*. Pearson Educación.
- Castro-Molina, F. J., Rodríguez-Novo, N., y Martín-Casañas, F. V. (2017). Sanidad y la II República Española (1931-1936): la creación de la figura de la primera Directora de Enfermeras. *Cultura de los Cuidados*, 21(48), 78-85. <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.48.10>
- Castro Yuste, C. (2014). *Evaluación Clínica Objetiva Estructurada en el aprendizaje práctico-clínico de los grados en enfermería* [Tesis Doctoral, Universidad de Cádiz].
<http://hdl.handle.net/10498/23311>

Castro Yuste, C., Carnicer Fuentes, C., Romero Sánchez, J. M., Rodríguez Cornejo, M. J., Abellán Hervás, M. J., Paloma Castro, O., López Fernández, C., Piarddo García, J. M., Sanlés Pérez, M., Delgado Romero, A., Collado Pacheco, A. M., Bas Sarmiento, P., Deudero Sánchez, M. A., Fernández Gutierrez, M., García Cabanillas, M. J., Gavira Fernández, C., Lorenzo Peñuelas, J. R., Martínez Nieto, J. M., O'Ferrall González, C., ... Moreno Corral, L. J. (2012). *Diseño e implementación de la Evaluación Objetiva Estructurada de Cuidados de Enfermería en las asignaturas Practicum I, II y III* (PI1_12_069). http://indoc.uca.es/memorias/PI1_12_069.pdf

Castro Yuste, C., García-Cabanillas, M. J., Rodríguez Cornejo, M. J., Carnicer Fuentes, C., Paloma Castro, O., y Moreno-Corral, L. J. (2018). A Student Assessment Tool for Standardized Patient Simulations (SAT-SPS): Psychometric analysis. *Nurse Education Today*, 64, 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.005>

Cebolla, A. (2014). ¿Por qué y para qué sirve practicar mindfulness? Mecanismos de acción y eficacia. En A. Cebolla, J. García Campayo, y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad* (pp. 65-84). Alianza Editorial.

Cebolla, A., y Demarzo, M. (2014). ¿Qué es Mindfulness? En A. Cebolla, J. García Campayo, y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad* (pp. 19-40). Alianza Editorial.

Celina Oviedo, H., y Campo Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente del alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(4), 572-580. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634409>

Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios [CUESJD]. (2018). *Plan de estudios: Grado en Enfermería*. <http://www.cue.sjd.es/estudios/grado-en-enfermeria/planificacion-de-la-ensenanza/plan-de-estudios>

Cerveró Campos, A. (2021). Posiciones directivas enfermeras en el Sistema Nacional de Salud. *Enfermería Integral*, 128, 27-32. <https://www.enfervalencia.org/ei/128/ENF-INTEG-128.pdf>

- Chen, X., Zhang, B., Jin, S.-X., Quan, Y.-X., Zhang, X.-W., y Cui, X.-S. (2021). The effects of mindfulness-based interventions on nursing students: A meta-analysis. *Nurse Education Today*, 98, 104718. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104718>
- Chen, Y., Yang, X., Wang, L., y Zhang, X. (2013). A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students. *Nurse Education Today*, 33(10), 1166-1172. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.014>
- Cheung, N., y Song, Y. (2006). [Clinical Application of Objective Structured Clinical Examination (OSCE) for Novice Nurses]. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 13(3), 334-342.
- Christopher, J. C., Christopher, S. E., Dunnagan, T., y Schure, M. (2006). Teaching self-care through mindfulness practices: the application of yoga, meditation, and qigong to counselor training. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(4), 494-509. <https://doi.org/10.1177/0022167806290215>
- Coffey, A. (2005). The clinical learning portfolio: a practice development experience in gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8b), 75-83. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01279.x>
- Cole, M. (2009). Exploring the hand hygiene competence of student nurses: A case of flawed self assessment. *Nurse Education Today*, 29(4), 380-388. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.010>
- Coll, C. (1996). Constructivismo y educación escolar: ni hablamos siempre de los mismo ni lo hacemos siempre desde la misma perspectiva epistemológica. *Anuario de Psicología*, 69, 153-178. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9094/11604>
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill-Interamericana de España.

- Collins, S., y Hewer, I. (2014). The impact of the Bologna process on nursing higher education in Europe: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 150-156.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.005>
- Colomo Magaña, E., y Esteban Bara, F. (2020). La Universidad Europea: entre Bolonia y la Agenda 2020. *Revista Española de Educación Comparada*, 36, 54-73.
<https://doi.org/10.5944/reec.36.2020.26179>
- Comisión Europea [CE]. (2015). *El Espacio Europeo de Educación Superior en 2015: Informe sobre la implantación del Proceso de Bolonia*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
<https://doi.org/10.2797/128576>
- Comisión Europea [CE]. (2020). *The European Higher Education Area in 2020: Bologna Process Implementation Report*. Publications Office of the European Union.
<https://doi.org/10.2797/756192>
- Consejo General de Enfermería. (2022). *El Ministerio reconoce que España está a la cola en número de enfermeros*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-de-prensa/noticias/item/7421-la-ratio-de-enfermeros-espanoles-a-la-cola-de-europa-una-vez-mas>
- Corcoran, A. M., Lysaght, S., Lamma, D., y Ersek, M. (2013). Pilot test of a three-station palliative care observed structured clinical examination for multidisciplinary trainees. *Journal of Nursing Education*, 52(5), 294-298. <https://doi.org/10.3928/01484834-20130328-02>
- Corredor Pardo, K. A. (2005). *Confiabilidad del instrumento traducido al español: Inventario de Habilidad de Cuidado* [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de Colombia.
- Cortés de las Heras, J., y Añón Roij, M. (2013). *Tipos de evaluación e instrumentos de evaluación*. https://mestreacasa.gva.es/c/document_library/get_file?folderId=500001688024&name=DLFE-399422.pdf

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cronbach, L. J. (1963). Course improvement through evaluation. *Teachers College Record*, 64, 672-683.
- Cruz Araújo, A., Fernandes, M., Pérez Aliaga, L., y Pillon, S. (2021). Miedo experimentado por profesionales de salud en la pandemia por COVID-19 e implicaciones para la salud mental. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1), e3971. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3971/709>
- Cruz Nuñez, F., y Quiñones Urquijo, A. (2012). Importancia de la evaluación y autoevaluación en el rendimiento académico. *Zona Próxima*, 16(1), 96-104. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85323935009>
- Cushing, A., Abbott, S., Lothian, D., Hall, A., y Westwood, O. M. R. (2011). Peer feedback as an aid to learning - what do we want? Feedback. When do we want it? Now! *Medical Teacher*, 33(2), 105-112. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.542522>
- Dalley, P., Robinson, B., Weller, J., y Caldwell, C. (2004). The use of high-fidelity human patient simulation and the introduction of new anesthesia delivery systems. *Anesthesia and Analgesia*, 99(6), 1737-1741. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000136804.46675.EA>
- Damasio, A. (2018). *El extraño orden de las cosas: la vida, los sentimientos y la creación de las culturas*. Destino.
- De la Fuente Arias, J., Franco Justo, C., y Mañas Mañas, I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional de estudiantes universitarios. *Estudios sobre educación*, 19, 31-52. <https://hdl.handle.net/10171/18324>

De las Heras Aguilera, S. (2009). Una aproximación a las teorías feministas. *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, 9, 45-82. https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/8876/aproximacion_heras_RU_2009.pdf

De Marchis, G. P. (2012). La validez externa de las encuestas en la web. Amenazas y su control. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 18(Especial), 263-272. https://doi.org/10.5209/rev_ESMP.2012.v18.40980

Dearnley, C. A., y Meddings, F. S. (2007). Student self-assessment and its impact on learning – A pilot study. *Nurse Education Today*, 27(4), 333-340. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.05.014>

Declaración de Bolonia: Declaración conjunta de los Ministros Europeos de Educación, 19 Junio, (1999).

http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/Ministerial_conferences/06/0/1999_Bologna_Declaration_Spanish_553060.pdf

Declaración de la Sorbona: Declaración conjunta para la armonización del sistema de Educación Superior Europeo, 25 Mayo, (1998).

http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/1998_Sorbonne/61/2/1998_Sorbonne_Declaration_English_552612.pdf

Declaración de Praga: Hacia el Área de la Educación Superior Europea, 19 Mayo, (2001).

http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/2001_Prague/47/4/2001_Prague_Communique_Spanish_553474.pdf

Decreto, de 4 de diciembre de 1953, por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, nº 363, 29 de diciembre de 1953, 7723-7724.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1953-16590>

- Delavar, M. A., Salmalian, H., Faramarzi, M., Pasha, H., Bakhtiari, A., Nikpour, M., y Ledari, F. M. (2013). Using the objective structured clinical examinations in undergraduate midwifery students. *Journal of Medicine and Life*, 6(1), 76-79.
- Delgado Sevilla, D., y Sánchez Guio, T. (2016). Cuidados Invisibles ¿Tienen cabida dentro del Proceso Enfermero y la taxonomía NANDA? *Forandalus 2016 - VIII Reunión Internacional de Investigación en Enfermería - III Reunión del Grupo Aurora Mas: ¿Registramos o cuidamos? (Zaragoza)*. <http://www.index-f.com/para/n24/resumenes.php>
- Demarzo, M., Andreoni, S., Sanches, N., Pérez, S., Fortes, S., y García-Campayo, J. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Perceived Stress and Quality of Life: An Open, Uncontrolled Study in a Brazilian Healthy Sample. *EXPLORE*, 10(2), 118-120. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.12.005>
- Díaz Agea, J. L. (2020). La innovación docente en simulación adaptada al contexto online derivado de la pandemia. *Revista Paraninfo Digital*, XIV(32), m1v4. <http://ciberindex.com/c/pd/m1v4>
- Dickieson, P., Carter, L. M., y Walsh, M. (2008). Integrative thinking and learning in undergraduate nursing education: three strategies. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1). <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1696>
- Doering, L. (1992). Power and knowledge in nursing: a feminist poststructuralist view. *Advances in Nursing Science*, 14(4), 24-33. <https://doi.org/10.1097/00012272-199206000-00005>
- Dreyfus, S. E., y Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition* (Contract F49620-79-c-0063). University of California. <https://apps.dtic.mil/sti/citations/ADA084551>
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., y Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015>

- Durá-Ros, M. J. (2013). *La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/22989/>
- Durá-Ros, M. J., Merino, F., Abajas, R., Meneses, A., Quesada, A., y González, A. M. (2015). High fidelity simulation in Spain: from dreams to reality. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 62(1), 18-28. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2014.05.008>
- Eisner, E. W. (1967). Educational objectives: Help or hindrance? *The School Review*, 75, 250-260.
- Eisner, E. W. (1969). Instructional and expressive educational objectives: their formulation and use in curriculum. En W. J. Popham (Ed.), *Instructional objectives* (pp. 1-18). Rand McNally and Company.
- Escalante Martínez de Muruguía, L. (2013). *El arte de registrar. La importancia de los registros de enfermería* [Trabajo académico, Universidad del País Vasco]. <https://addi.ehu.es/handle/10810/10381>
- Escudero Escorza, T. (2003). Desde los test hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. *RELIEVE*, 9(1), 11-43.
- Esteves, C. S., Argimon, I. I. D. L., Ferreira, R. M., Sampaio, L. R., y Esteves, P. S. (2021). Avaliação de sintomas depressivos em estudantes durante a pandemia do COVID-19. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9(1), 9-17. <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i1.5196>
- Facultad de Ciencia de la Salud de la Universidad de Zaragoza [FCCS-UNIZAR]. (2018). *Plan de estudios: Grado en Enfermería*. http://titulaciones.unizar.es/enfermeria/cuadro_asignaturas.html
- Facultad de Ciencia de la Salud de la Universidad de Zaragoza [FCCS-UNIZAR]. (2021). *Manual de prácticas externas curriculares*. https://fcs.unizar.es/sites/fcs.unizar.es/files/users/abgalvan/manual_de_practicas_externas_curriculares._enfermeria._2021-22.nuevo_.pdf

- Facultad de Ciencias de la Salud de Soria de la Universidad de Valladolid [FCCSS-UVA]. (2018). *Guía de las asignaturas: Grado en Enfermería*. www.facultadenfermeriasoria.com/guias-de-las-asignaturas/
- Facultad de Ciencias de la Salud de Soria de la Universidad de Valladolid [FCCSS-UVA]. (2021). *Guía docente de la asignatura Prácticum I*. https://albergueweb1.uva.es/guia_docente/uploads/2021/476/46234/1/Documento.pdf
- Facultad de Enfermería Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla [FEFP-US]. (2018). *Plan de estudios: Grado en Enfermería*. http://www.us.es/estudios/grados/plan_157?p=7
- Facultad de Enfermería Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla [FEFP-US]. (2021). *Programa de la asignatura Practicum V*. <https://sevius4.us.es/index.php?PyP=LISTAyCodcentro=11ytitulacion=157yasignatura=1570031>
- Fajardo Trasobares, M. E., y Germán Bes, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería, XIII*(46), 9-12.
- Fernández Ayuso, R. M., Morillo Velázquez, J. M., Fernández Ayuso, D., y De la Torre-Montero, J. C. (2017). Validación al Español de la Herramienta de Evaluación de los Cuidados, Caring Assessment Tool (CAT-V). *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25*, e2965. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0920.2965>
- Ferrer Arnedo, C. (2020). El cuidado complejo durante la epidemia: las enfermeras son parte de las soluciones. *Revista Paraninfo Digital, XIV*(32), conf01. <http://ciberindex.com/c/pd/conf01>
- Ferrer Hernández, M. E. (2010). Reflexión ética ante los incidentes críticos percibidos por los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Un acercamiento al currículo oculto. *Ética de los Cuidados, 3*(5). <http://www.index-f.com//eticuidado/n5/et7355.php>
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin, 51*(4), 327-358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>

Fox-Robichaud, A. E., y Nimmo, G. R. (2007). Education and simulation techniques for improving reliability of care. *Current Opinion in Critical Care*, 13(6), 737-741. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e3282f1bb32>

Francisco del Rey, C., Ferrer Ferrandis, E., y Benavent Garcés, M. A. (2009). El lenguaje de los cuidados. En E. Ferrer Ferrandis, M. A. Benavent Garcés, y C. Francisco del Rey (Eds.), *Fundamentos de enfermería* (2ª ed., pp. 70-83). Difusión Avances de Enfermería.

Franco Justo, C., y Justo Martínez, E. (2010). Reducción de los niveles de burnout en personal de enfermería mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Revista Tesela*, 7. <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7220.php>

Fraser, N. (2006). *¿De la redistribución al reconocimiento?* Morata.

Fraser, N. (2009). *Escalas de Justicia*. Herder.

García-Carpintero Blas, E., Siles González, J., Martínez-Roche, M. E., Martínez-Miguel, E., Manso-Perea, C., González-Cervantes, S., y García-García, E. (2019). Percepciones de los estudiantes sobre sus vivencias en las prácticas clínicas. *Enfermería Universitaria*, 16(3), 259-268. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.712>

García-Carpintero Blas, E., Siles González, J., Martínez Roche, M. E., Martínez de Miguel, E., González Cervantes, S., y Pulido Mendoza, R. (2015). El estudiante como protagonista de su aprendizaje: la necesidad del uso del portafolio en enfermería dentro del contexto de educación superior. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 93-97.

García Bañón, A., Sainz Otero, A. M., Olmedo Alguacil, M., y Marchal Escabias, M. (2002). El Grupo de Discusión, otra técnica a usar por la enfermera. *Index de Enfermería*, XI(38), 27-29.

García Campayo, J. (2008). La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Atención Primaria*, 40(7), 363-366. <https://doi.org/10.1157/13124130>

- García Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., y Demarzo, M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- García Campayo, J., y Santed, M. Á. (2014). ¿Cómo cambian los profesionales que practican mindfulness? En A. Cebolla, J. García-Campayo, y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad* (pp. 151-172). Alianza Editorial.
- García Manjón, J. V., y Pérez López, M. C. (2008). Espacio Europeo de Educación Superior, competencias profesionales y empleabilidad. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(9), 1-12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2733179yorden=169581yinfo=link>
- García Paramio, M. P. (2016). *De Enfermeras a Ayudantes Técnicos Sanitarios: El retroceso en la profesionalización de la enfermería durante el franquismo (1939-1977)* [Tesis Doctoral, Universidad de Alicante]. <http://hdl.handle.net/10045/59574>
- Gasch Gallén, Á., Moreno García, A., y Germán Bes, C. (2012). El aprendizaje de los cuidados invisibles. *Revista Paraninfo Digital*, VI(15), 094p. <http://www.index-f.com/para/n15/pdf/094p.pdf>
- Gasch Gallén, Á., Orkaizagirre Gómara, A., Urcola Pardo, F., Anguas Gracia, A., y Germán Bes, C. (2014). Evaluación del aprendizaje de los Cuidados Invisibles en prácticas clínicas. *Revista Paraninfo Digital*, VIII(21), 088. <http://www.index-f.com/para/n21/088.php>
- Germán Bes, C. (2004). Género y Enfermería. *Index de Enfermería*, XIII(46), 7-8.
- Germán Bes, C. (2006a). Apuntes de la Historia de la enfermería en Finlandia y España. *Temperamentvm*, 2(3), t6022. <http://ciberindex.com/c/t/t6022>
- Germán Bes, C. (2006b). *Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con una perspectiva de género* [Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza]. <http://zagan.unizar.es/record/4470>

Germán Bes, C. (2009). Apuntes para la Historia de la Enfermería desde Mayo del 68 a la muerte de Franco. Los efectos de la Guerra Civil en la Enfermería en el Tardofranquismo. *Temperamentvm*, 5(10), t709.

Germán Bes, C. (2013). *La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Germán Bes, C., y Grupo Walquiriae. (2010). La experiencia de las enfermeras en la Historia de la Sanidad Española durante el conflicto de Junio de 1976. *Temperamentvm*, 6(11), t1101. <http://ciberindex.com/c/t/t1101>

Germán Bes, C., y Hueso Navarro, F. (2010). Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. *Revista Paraninfo Digital*, IV(9), 91009. <http://www.index-f.com/para/n9/pi009.php>

Germán Bes, C., Hueso Navarro, F., y Huércanos Esparza, I. (2011). El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global*, 10(3), 221-232. <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/125491>

Germán Bes, C., Hueso Navarro, F., y Huércanos Esparza, I. (2014). La relación entre globalización y salud y el reto de cuidar. En V. R. Waldow (Ed.), *Cuidado de enfermería. Reflexiones entre dos orillas* (pp. 75-94). Fundación Index.

Germán Bes, C., Hueso Navarro, F., Huércanos Esparza, I., y Ferrer Arnedo, C. (2011). Exploración del término "buen trato" dicho por familiares y usuarios de los servicios de salud. *Revista Paraninfo Digital*, V(14), 166d. <http://www.index-f.com/para/n14/166d.php>

Germán Bes, C., y Martínez Santos, Y. (2019). Aurora Mas de Gaminde: Dama Enfermera Profesional de la Cruz Roja Española. *Temperamentvm*, 15, e12615. <http://ciberindex.com/c/t/e12615>

Germán Bes, C., Martínez Santos, Y., y Mas Espejo, M. (2020). *Las primeras enfermeras laicas españolas*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.

- Germán Bes, C., Orkaizagirre Gómara, A., Huércanos Esparza, I., y Hueso Navarro, F. (2015). ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad?: a propósito del caso de María. *Index de Enfermería*, 24(3), 139-143.
- Germer, C. K. (2011). *EL poder del mindfulness*. Paidós.
- Gillian, C. (1982). *In a different voice*. Harvard University Press.
- Giménez Andreu, M. del R. (2014). *La formación enfermera universitaria en España (1977-2012): un estudio del modelo educativo* [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. <http://hdl.handle.net/10201/57301>
- Ginsburg, L. R., Tregunno, D., Norton, P. G., Smee, S., De Vries, I., Sebok, S. S., Van den Kerkhof, E. G., Luctkar-Flude, M., y Medves, J. (2015). Development and testing of an objective structured clinical exam (OSCE) to assess socio-cultural dimensions of patient safety competency. *British Medical Journal quality y safety*, 24(3), 188-194. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003277>
- Goetz, J. L., Keltner, D., y Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Gómez del Pulgar García-Madrid, M. (2011). *Evaluación de competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior: Un instrumento para el Grado en Enfermería* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/21343/>
- Gómez del Pulgar García-Madrid, M., Pacheco Del Cerro, E., González Jurado, M. A., Fernández Fernández, M. P., y Beneit Montesinos, J. V. (2017). Diseño y validación de contenido de la escala "ECOEnf". *Index de Enfermería*, 26(4), 265-269.
- Gómez Moreno, M. (2010). El diario reflexivo como instrumento docente. *Educare* 21, 8(7). <https://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/620387/el-diario-reflexivo-como-instrumento-docente/>

- Gómez Ramírez, O. J., Daza C, L. A., y Zambrano Caro, V. M. (2008). Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. *Avances en Enfermería*, 26(1), 85-96. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12888>
- Gonczy, A. G. (1994). Competency based assessment in the professions in australia. *Assessment in Education: Principles, Policy y Practice*, 1(1), 27-44. <https://doi.org/10.1080/0969594940010103>
- González-Rodríguez, L. (2018). La simulación clínica como instrumento de evaluación de competencias en el Grado de Enfermería. *Revista Paraninfo Digital*, XII(28), e130. <http://www.index-f.com/para/n28/e130.php>
- González Iglesias, M. E., Amezcua, M., y Siles González, J. (2010). El título de enfermera en España a través del análisis documental: el caso de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos. *Temperamentvm*, 6(12), t1210. <http://ciberindex.com/c/t/t1210>
- González, J., y Wagenaar, R. (2003). *Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final. Fase 1.* Publicaciones de la Universidad de Deusto. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/tuning/tuning02.pdf>
- González, J., y Wagenaar, R. (2006). *Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final. Fase 2. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia.* Publicaciones de la Universidad de Deusto. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/tuning/tuning04.pdf>
- González, J., y Wagenaar, R. (2009). *Una introducción a Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia.* Publicaciones de la Universidad de Deusto. http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General_Brochure_Spanish_version.pdf

- Gordon, J. A., Shaffer, D. W., Raemer, D. B., Pawlowski, J., Hurford, W. E., y Cooper, J. B. (2006). A randomized controlled trial of simulation-based teaching versus traditional instruction in medicine: A pilot study among clinical medical students. *Advances in Health Sciences Education*, 11(1), 33-39. <https://doi.org/10.1007/S10459-004-7346-7>
- Granero Molina, J., Fernández Sola, C., y Aguilera Manrique, G. (2010). Evaluación frente a calificación en el nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), una reflexión ético-crítica. *Index de Enfermería*, 19(1), 37-41.
- Greene, Y., y Hiebert, B. (1988). A Comparison of Mindfulness Meditation and Cognitive Self-Observation. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 22(1), 25-34. <https://cjcc-ucc.ualgary.ca/article/view/59603>
- Greeson, J. M., Juberg, M. K., Maytan, M., James, K., y Rogers, H. (2014). A Randomized Controlled Trial of Koru: A Mindfulness Program for College Students and Other Emerging Adults. *Journal of American College Health*, 62(4), 222-233. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.887571>
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., y Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 332-338. <https://doi.org/10.1159/000107560>
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., y Nickel, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: preliminary study. *European Psychiatry*, 22(8), 485-489. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.02.004>
- Gros Polo, S., Navas-Ferrer, C., y Germán Bes, C. (2019). Percepción de los cuidados visibles e invisibles desde una doble perspectiva en una Unidad de Hemodiálisis. *Index de Enfermería*, 28(4), 174-178.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)

Grupo Aurora Mas de Investigación en Cuidados e Historia de Enfermería [Grupo AMAS]. (2016a). *Master Universitario Iniciación Investigación Ciencias de la Enfermería* [Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=6s6EUGQpVVs>

Grupo Aurora Mas de Investigación en Cuidados e Historia de Enfermería [Grupo AMAS]. (2016b). *Proyecto CIBISA: autoevaluación del aprendizaje de los cuidados visibles e invisibles*. <https://sites.google.com/site/proyectocibisa/>

Grupo Aurora Mas de Investigación en Cuidados e Historia de Enfermería [Grupo AMAS]. (2020, abril 2). El cuidado, un instrumento para combatir la pandemia del invisible. *Heraldo-Diario de Soria*. <https://heraldodiariodesoria.elmundo.es/articulo/soria/cuidado-instrumento-combatir-pandemia-invisible/20200402215030301650.html>

Guba, E. G., y Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Sage Publications.

Gundim, V. A., Encarnação, J. P. Da, Santos, F. C., Santos, J. E. Dos, Vasconcellos, E. A., y Souza, R. C. De. (2021). Salud mental de los estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, e37293. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.37293>

Hammond, J., Bermann, M., Chen, B., y Kushins, L. (2002). Incorporation of a computerized human patient simulator in critical care training: A preliminary report. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*, 53(6), 1064-1067. <https://doi.org/10.1097/00005373-200212000-00006>

Han, M. H., y Park, S. G. (2009). [Differences between Scores Assessed by Examiners and Examinees on Objective Structured Clinical Examination]. *Korean Journal of Medical Education*, 21(3), 279-285. <https://doi.org/10.3946/kjme.2009.21.3.279>

- Hạnh, T. N. (1976). *El milagro del mindfulness*. Paidós.
- Hạnh, T. N. (2004). *Cita con la vida: el arte de vivir en el presente*. Oniro.
- Harden, R. M., y Gleeson, F. A. (1979). Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Education*, 13(1), 39-54. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1979.tb00918.x>
- Harden, R. M., Stevenson, M., Downie, W. W., y Wilson, G. M. (1975). Assessment of clinical competence using objective structured examination. *British Medical Journal*, 1(5955), 447-451. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.5955.447>
- Heather, A. (1995). Students self-evaluations: How useful? How valid? *International Journal of Nursing Studies*, 32(3), 271-276. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(94\)00043-j](https://doi.org/10.1016/0020-7489(94)00043-j)
- Heidegger, M. (2012). *Ser y tiempo*. Trotta.
- Helminen, K., Tossavainen, K., y Turunen, H. (2014). Assessing clinical practice of student nurses: views of teachers, mentors and students. *Nurse Education Today*, 34(8), 1161-1166. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.007>
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después*. McGraw-Hill-Interamericana de España.
- Hick, S. F., y Bien, T. (2010). *Mindfulness y psicoterapia*. Kairós.
- Hilbelink, A. J. (2009). A measure of the effectiveness of incorporating 3D human anatomy into an online undergraduate laboratory. *British Journal of Educational Technology*, 40(4), 664-672. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8535.2008.00886.x>
- Hilliard, C. (2006). Using structured reflection on a critical incident to develop a professional portfolio. *Nursing Standard*, 21(2), 35-40. <https://doi.org/10.7748/ns2006.09.21.2.35.c4500>
- Hodgson, A. (2005). *A una Milla de Huesca: Diario de una Enfermera australiana en la Guerra Civil Española*. Rolde de Estudios Aragoneses.

- Holcomb, J. B., Dumire, R. D., Crommett, J. W., Stamateris, C. E., Fagert, M. A., Cleveland, J. A., Dorlac, G. R., Dorlac, W. C., Bonar, J. P., Hira, K., Aoki, N., y Mattox, K. L. (2002). Evaluation of trauma team performance using an advanced human patient simulator for resuscitation training. *Journal of Trauma*, 52(6), 1078-1086. <https://doi.org/10.1097/00005373-200206000-00009>
- Huércanos Esparza, I. (2010). El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas*, 6(1). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
- Huércanos Esparza, I. (2011). 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*, 7(1). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php>
- Huércanos Esparza, I. (2012). El cuidado invisible de la enfermera: aproximación a un caso hospitalario. *Archivos de la Memoria*, 9(4). <http://ciberindex.com/c/am/e9415>
- Huércanos Esparza, I., Antón Solanas, I., Orkaizagirre Gómara, A., Ramón-Arбуés, E., Germán Bes, C., y Jiménez Navascués, L. (2021). Measuring invisible nursing interventions: Development and validation of Perception of Invisible Nursing Care-Hospitalisation questionnaire (PINC-H) in cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101888. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101888>
- Hueso Navarro, F. (2014). La Enfermería en España: factores que han condicionado su desarrollo, la búsqueda de la autonomía profesional - El Cuidado, esencia de su propia identidad. En V. R. Waldow (Ed.), *Cuidado de enfermería. Reflexiones entre dos orillas* (pp. 23-74). Fundación Index.
- Hueso Navarro, F. (2015). *Factores de desarrollo en la Enfermería Comunitaria española en los últimos 25 años* [Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/30673>
- Hyland, T. (2009). Mindfulness and the therapeutic function of education. *Journal of Philosophy of Education*, 43(1), 119-131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9752.2008.00668.x>

- Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Hart, I. R., Mayer, J. W., Felner, J. M., Petrusa, E. R., Waugh, R. A., Brown, D. D., Safford, R. R., Gessner, I. H., Gordon, D. L., y Ewy, G. A. (1999). Simulation technology for health care professional skills training and assessment. *Journal of the American Medical Association*, 282(9), 861-866. <https://doi.org/10.1001/JAMA.282.9.861>
- Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., y Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10-28. <https://doi.org/10.1080/01421590500046924>
- Jansen, R. C., Oliveira, V. C., Nogueira, M. R. do N., Da Silva, I. C., Ferreira, J. E. de S. M., Cavalcante, T. F., y Lira, A. L. B. de C. (2021). Tecnologías educacionais no ensino da enfermagem durante a pandemia por COVID-19: Revisão Sistemática. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 95(36), e-021154. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.36-art.1233>
- Jesse, D. E. (2011). Jean Watson. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En M. R. Alligood y A. Marriner-Tomey (Eds.), *Modelos y Teorías en enfermería* (7ª ed, pp. 91-112). Elsevier.
- Juguera Rodríguez, L., Díaz Agea, J. L., Pérez Lapuente, M. L., Leal Costa, C., Rojo Rojo, A., y Echevarría Pérez, P. (2014). La simulación clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia). *Enfermería Global*, 13(1), 175-190. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.157791>
- Juvinyà, D. (2017). Evolución de la investigación en enfermería en España. *Revista Rol de Enfermería*, 40(6), 14-16.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad* (6ª ed). Kairós.

- Kajander-Unkuri, S. (2015). *Nurse competence of graduating nursing students* [Tesis Doctoral, University of Turku].
<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/103403/AnnalesD1158Kajander-Unkuri.pdf>
- Kane, M. T. (1992). The assessment of professional competence. *Evaluation y The Health Professions*, 15(2), 163-182. <https://doi.org/10.1177/016327879201500203>
- Kang, Y. S., Choi, S. Y., y Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5), 538-543. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.12.003>
- Katebi, M. S., Ahmadi, A. A., Jahani, H., Mohalli, F., Rahimi, M., y Jafari, F. (2020). The effect of portfolio training and clinical evaluation method on the clinical competence of nursing students. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 7(4), 233-240. https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_2_20
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., y Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Elsevier.
- Khattab, A. D., y Rawlings, B. (2001). Assessing nurse practitioner students using a modified objective structured clinical examination (OSCE). *Nurse Education Today*, 21(7), 541-550. <https://doi.org/10.1054/nedt.2001.0590>
- Khattab, A. D., y Rawlings, B. (2008). Use of a modified OSCE to assess nurse practitioner students. *British Journal of Nursing*, 17(12), 754-759. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.12.30305>
- Kim, H. S. (1994). Action Science as an Approach to Develop Knowledge for Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*, 7(3), 134-138. <https://doi.org/10.1177/089431849400700309>
- King, I. M. (1984). *Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos*. Limusa.
- Kotsou, I., y Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLoS ONE*, 11(4), e0152880. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152880>

- Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K., y Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293, 113382. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382>
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2ª ed). University of Chicago Press.
- Laborería Romances, A. N. (2017). *Validación del "Nurses Self-Concept Instrument" al español: el autoconcepto en estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza* [Trabajo Fin de Máster]. Universidad de Zaragoza.
- Lagunes-Córdoba, R., y Hernández-Manzanares, M. A. (2012). Escala de evaluación de la conducta ética del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes. *Aquichán*, 12(3), 252-262. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2133>
- Larson, P. J. (1981). *Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors* [Tesis Doctoral]. University of California.
- Leal Costa, C., Díaz Agea, J. L., Rojo Rojo, A., Juguera Rodríguez, L., y López Arroyo, M. J. (2014). Practicum y simulación clínica en el Grado en Enfermería, una experiencia de innovación docente. *Revista de Docencia Universitaria*, 12(2), 421-451. <https://doi.org/https://doi.org/10.4995/redu.2014.5658>
- Lee, C. A., Pais, K., Kelling, S., y Anderson, O. S. (2018). A scoping review to understand simulation used in interprofessional education. *Journal of Interprofessional Education y Practice*, 13(12), 15-23. <https://doi.org/10.1016/J.XJEP.2018.08.003>

- Leggett, D. K. (2010). *Effectiveness of a brief stress reduction intervention for nursing students in reducing physiological stress indicators and improving well-being and mental health* [Tesis Doctoral, University of Utah]. https://collections.lib.utah.edu/dl_files/e2/a6/e2a6e91ea25a50647cf38edd20b9c39b7907a9c6.pdf
- Leininger, M. M. (1978). *The Phenomena and Nature of Caring*. University of Utah.
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Lejonqvist, G. B., Eriksson, K., y Meretoja, R. (2016). Evaluating clinical competence during nursing education: A comprehensive integrative literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 22(2), 142-151. <https://doi.org/10.1111/ijn.12406>
- Lévinas, E. (2015). *Ética e infinito*. Antonio Machado.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. *Boletín Oficial del Estado*, nº159, 4 de julio de 2007, 28826-28848. <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/07/03/14>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, nº 128, 29 de mayo de 2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
- Ley de Instrucción Pública autorizada por el Gobierno para que rija desde su publicación en la Península é Islas adyacentes, lo que se cita. *Gaceta de Madrid*, nº 1710, 10 de septiembre de 1857, 1-3. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1857-9551>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, nº 294, 6 de diciembre de 2018, 119788-119857. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>

- Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. *Boletín Oficial del Estado*, nº 89, 13 de abril de 2007, 16241-16260.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/04/12/4>
- Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. *Boletín Oficial del Estado*, nº 307, 24 de diciembre de 2001, 49400-49425. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2001/12/21/6>
- Lindsay, K., Kirby, D., Dluzewska, T., y Campbell, S. (2015). Oh, the places you'll go!: Newcastle Law School's partnership interventions for well-being in first year Law. *Journal of Learning Design*, 8(2), 11-21. <https://doi.org/10.5204/jld.v8i2.239>
- López Gallego, M. (2021). Tiempos de COVID para la enfermería. *Revista Enfermería Docente*, 113, 72.
<https://www.huvv.es/profesionales/revista-enfermeria-docente/113>
- Lora López, P., Zafra Fernández, J. L., Coronado Carvajal, P., y Vacas Díaz, C. (2008). Una experiencia sobre la utilización del diario reflexivo como instrumento de seguimiento y evaluación de las prácticas hospitalarias del alumnado de enfermería. *Enfermería Global*, 7(1), 1-12.
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/1351>
- Lucha López, A. C., Martínez-Cuñado, A. I., y Subirón Valera, A. B. (2016). ¿Están los Cuidados Invisibles incluidos en las Taxonomías Enfermeras? *Forandalus 2016 - VIII Reunión Internacional de Investigación en Enfermería - III Reunión del Grupo Aurora Mas: ¿Registramos o cuidamos? (Zaragoza)*. <http://www.index-f.com/para/n24/resumenes.php>
- Lunardi, V., Peter, E., y Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, 16(5), 268-274.
[https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71227-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71227-X)
- Mackillop, J., y Anderson, E. J. (2007). Further Psychometric Validation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 289-293.
<https://doi.org/10.1007/s10862-007-9045-1>

Magna Charta Universitatum, 18 September, (1988). <http://www.magna-charta.org/resources/files/the-magna-charta/spanish>

Major, D. A. (2005). OSCEs--seven years on the bandwagon: the progress of an objective structured clinical evaluation programme. *Nurse Education Today*, 25(6), 442-454. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.03.010>

Mantzios, M., Wilson, J. C., y Giannou, K. (2015). Psychometric Properties of the Greek Versions of the Self-Compassion and Mindful Attention and Awareness Scales. *Mindfulness*, 6(1), 123-132. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0237-3>

Marciano Moraes Filho, I., Silva de Sá, E., Soares Sousa Carvalho Filha, F., Amancio de Sousa, J., Candida Pereira, M., y Vilela de Sousa, T. (2021). Medo, ansiedade e tristeza: principais sentimentos de profissionais da saúde na pandemia de COVID-19. *Saúde Coletiva*, 11, 7073-7084. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11iCOVIDp7073-7084>

Mårtensson, G., y Löfmark, A. (2013). Implementation and student evaluation of clinical final examination in nursing education. *Nurse Education Today*, 33(12), 1563-1568. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.01.003>

Martínez Arce, A., Araujo Blesa, M., Tovar Reinoso, A., Rodríguez Gómez, P., Vélez Vélez, E., y García-Carpintero Blas, E. (2021). Integración de la metodología docente de la simulación clínica en el currículum del grado de enfermería. *Revista Enfermería Docente*, 114, 17-22. <https://www.huvv.es/profesionales/revista-enfermeria-docente/114>

Martínez Santos, Y. (2017). *Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España, 1953-1980: Historia de las escuelas del distrito universitario de Zaragoza* [Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/61293?ln=es>

Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. Norton.

Mazarrasa Alvear, L. (2000). Sexismo en las profesiones sanitarias. *Diálogos*, 43(23), 15-19.

- Mazarrasa Alvear, L., Germán Bes, C., Sánchez Moreno, A., Sánchez García, A., Merelles Torno, A., y Aparicio Ramón, V. (2003). *Salud pública y enfermería comunitaria*. McGraw-Hill-Interamericana de España.
- McFarland, M. R. (2011). Madeleine M. Leininger. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En M. R. Alligood y A. Marriner-Tomey (Eds.), *Modelos y Teorías en enfermería* (7ª ed, pp. 454-479). Elsevier.
- McKnight, J., Rideout, E., Brown, B., Ciliska, D., Patton, D., Rankin, J., y Woodward, C. (1987). The objective structured clinical examination: an alternative approach to assessing student clinical performance. *Journal of Nursing Education*, 26(1), 39-41. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19870101-10>
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Laertes.
- Medina, J. L. (2004). *Guía para la elaboración de un diario reflexivo*. Universidad de Barcelona.
- Mehrdad, N., Bigdeli, S., y Ebrahii, H. (2012). A comparative study on self, peer and teacher evaluation to evaluate clinical skills of nursing students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 47, 1847-1852. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.911>
- Meléndez Chávez, S. (2020). La importancia de la práctica en la formación de enfermería en tiempos de COVID-19: experiencias de alumnos. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 8(5), 00004. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2479>
- Meskeil, P., Burke, E., Kropmans, T. J. B., Byrne, E., Setyonugroho, W., y Kennedy, K. M. (2015). Back to the future: An online OSCE Management Information System for nursing OSCEs. *Nurse Education Today*, 35(11), 1091-1096. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.06.010>
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65(9), S63-S67. <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>

- Miorim, C. F. B., Zenkner, J. R. G., Cardoso, L. S., Ribeiro, J. P., Cezar-Vaz, M. R., y Almeida, M. C. V. de. (2013). Los registros clínicos de enfermería: herramientas para la auditoría de la salud. *Evidentia*, 10(42). <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev8028e.php>
- Mlinar Reljić, N., Pajnkihar, M., y Fekonja, Z. (2019). Self-reflection during first clinical practice: The experiences of nursing students. *Nurse Education Today*, 72, 61-66. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2018.10.019>
- Moattari, M., Mousavinasab, M., y Zare, N. (2009). Reliability and Validity of OSCE in Evaluating Clinical Skills of Nursing Students. *Journal of Medical Education*, 13(3), 79-85. <https://doi.org/10.22037/jme.v13i3.4514>.
- Montesó Curto, M. P. (2010). Concepto de género, mainstreaming e igualdad de oportunidades. *Revista Rol de Enfermería*, 33(5), 43-47.
- Montesó Curto, M. P. (2011). *Mujeres y enfermería: cambio social. Un proyecto de igualdad para organizaciones y empresas*. Silva Editorial.
- Moreno, M. G., Betancourt, M. D., Solís, A., Barrón, G. L., y Gómez, J. S. (1998). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería. *Desarrollo Científico Enfermería*, 6(9), 267-271.
- Moses, J., Bradley, G. L., y O'Callaghan, F. V. (2016). When College Students Look after Themselves: Self-Care Practices and Well-Being. *Journal of Student Affairs Research and Practice*, 53(3), 346-359. <https://doi.org/10.1080/19496591.2016.1157488>
- Müggenburg, C., Robles, R., Valencia, A., Hernández, M. C., Olvera, S., y Riveros, A. (2015). Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. *Salud Mental*, 38(4), 273-280. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.037>

- Mulyadi, M., Tonapa, S. I., Rompas, S. S. J., Wang, R.-H., y Lee, B.-O. (2021). Effects of simulation technology-based learning on nursing students' learning outcomes: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Nurse Education Today*, 107, 105-127. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105127>
- Musick, D. W. (2006). A Conceptual Model for Program Evaluation in Graduate Medical Education. *Academic Medicine*, 81(8), 759-765. <https://doi.org/10.1097/00001888-200608000-00015>
- Muvdi Muvdi, Y., Malvaceda Frías, E., Barreto Vásquez, M., Madero Zambrano, K., Mendoza Sánchez, X., y Bohorquez Moreno, C. (2021). Estrés percibido en estudiantes de enfermería durante el confinamiento obligatorio por COVID-19. *Revista Cuidarte*, 12(2), e1330. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1330>
- The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, 18 Abril, (1979). <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>
- Navas-Ferrer, C., Urcola Pardo, F., Subirón Valera, A. B., y Germán Bes, C. (2017). Validity and Reliability of Objective Structured Clinical Evaluation in Nursing. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(11), 531-543. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.07.003>
- Nayer, M. (1993). An overview of the objective structured clinical examination. *Physiotherapy Canada*, 45(3), 171-178.
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An alternative conceptualization of healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D., Kinney, S., Kirkpatrick, K., Schmitt, L. T., Hsieh, Y.-P., Chen, W.-C., Dejithirat, K., Knill, M., Allrich, R., y Holte, A. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>

- Neff, K. D., y Pommier, E. (2013). The Relationship between Self-compassion and Other-focused Concern among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
- Nehring, W. M., y Lashley, F. R. (2010). *High-fidelity patient simulation in nursing education*. Jones and Bartlett Publishers.
- Neuman, B., y Fawcett, J. (2002). *The Neuman systems model*. Prentice-Hall.
- Nicol, M., y Freeth, D. (1998). Assessment of clinical skills: a new approach to an old problem. *Nurse Education Today*, 18(8), 601-609. [https://doi.org/10.1016/S0260-6917\(98\)80056-7](https://doi.org/10.1016/S0260-6917(98)80056-7)
- Nightingale, F. (2004). *Notas de enfermería. Qué es y qué no es*. Elsevier.
- Nixon, G., McMurtry, D., Craig, L., Nevejan, A., y Regan-Addis, H. (2016). Studies in mindfulness: widening the field for all involved in pastoral care. *Pastoral Care in Education*, 34(3), 167-183. <https://doi.org/10.1080/02643944.2015.1127990>
- Noreña Peña, A. L., y Cibanal Juan, L. (2008). La Técnica del Incidente Crítico y sus implicaciones en el desarrollo de la investigación en enfermería. *Index de Enfermería*, 17(1), 1-6.
- O'Neill, A., y McCall, J. M. (1996). Objectively assessing nursing practices: a curricular development. *Nurse Education Today*, 16(2), 121-126. [https://doi.org/10.1016/s0260-6917\(96\)80068-2](https://doi.org/10.1016/s0260-6917(96)80068-2)
- Olivé Ferrer, M. del C. (2004). Implementación del portafolio del estudiante en la asignatura «fonaments d'infermeria» como instrumento para el aprendizaje reflexivo y crítico. *Educare 21*, 2(9). <https://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/13024/implementacion-del-portafolio-del-estudiante-en-la-asignatura/>
- Olivé Ferrer, M. del C. (2010). El portafolio o la carpeta de aprendizaje en enfermería como instrumento para un aprendizaje reflexivo y crítico: Una experiencia exportable a otras disciplinas. *Revista d'Innovació Docent Universitària*, 2, 23-33. <https://doi.org/10.1344/105.000001521>

- Olivé Ferrer, M. del C., y Isla Pera, M. P. (2015). El modelo de Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. *Revista Rol de Enfermería*, 38(2), 123-128.
- Oranye, N. O., Ahmad, C., Ahmad, N., y Bakar, R. A. (2012). Assessing nursing clinical skills competence through objective structured clinical examination (OSCE) for open distance learning students in Open University Malaysia. *Contemporary Nurse*, 41(2), 233-241.
<https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.2.233>
- Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. *Boletín Oficial del Estado*, nº174, 19 de julio de 2008, 31680-31683.
<https://www.boe.es/eli/es/o/2008/07/03/cin2134>
- Orkaizagirre Gómara, A. (2016). *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias* [Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/48392?ln=es>
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles of professional nursing practice*. Putnam.
- Oró Palau, P. (2016). *Efectos de un entrenamiento basado en mindfulness (atención o conciencia plena) sobre la salud psíquica y las habilidades de autocuidado y cuidado de otros en estudiantes de medicina* [Tesis Doctoral, Universidad de Lleida]. <http://hdl.handle.net/10459.1/64330>
- Orsi Portalo, E., Reoyo Jiménez, A., Cano Cayuela, C., Uguina Coscostegüe, M., y Seguido Giménez, D. (2010). Cargos de gestión en hospitales públicos madrileños y en colegios profesionales españoles. Un análisis de género. *Metas de Enfermería*, 13(10), 50-55.
- Ortega Martínez, C., y Sánchez González, N. (1996). El siglo XX: Hacia la consolidación de la profesión enfermera. Orígenes de la enfermería moderna en España. En F. Hernández Martín (Ed.), *Historia de la enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días* (p. 332). Síntesis.

Palés-Argullós, J., y Gomar-Sancho, C. (2020). Repercusiones de la COVID-19 en la educación de los médicos: la formación de grado (II). *Fundación Educación Médica*, 23(4), 161-166. <https://doi.org/10.33588/fem.234.1076>

Palese, A., Bulfone, G., Venturato, E., Urli, N., Bulfone, T., Zanini, A., Fabris, S., Tomietto, M., Comisso, I., Tosolini, C., Zuliani, S., y Dante, A. (2012). The cost of the objective structured clinical examination on an Italian nursing bachelor's degree course. *Nurse Education Today*, 32(4), 422-426. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.03.003>

Pallarés Martí, A. (2005). Análisis sociológico del papel de las enfermeras durante la guerra civil española: la voz de sus protagonistas. *Temperamentvm*, 1(2), t2609. <http://ciberindex.com/c/t/t2609>

Palomino Moral, P. A., Frías Osuna, A., Grande Gascón, M. L., Hernández Padilla, M. L., y Del Pino Casado, R. (2005). El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index de Enfermería*, XIV(48-49), 50-53.

Park, J. (2014). *Randomized controlled trial for stress and anxiety management: biofeedback and mindfulness meditation* [Trabajo Fin de Máster, California State University]. <https://search.proquest.com/openview/2df0f379eb311ea583a03cb7c3fce10c/1?pq-origsite=gscholarycbl=18750ydiss=y>

Parrado-González, A., y León-Jariego, J. C. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista Española de Salud Pública*, 94(8), e202006058. https://www.msrebs.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202006058.pdf

- Pascual Fernández, M. C., Ignacio Cerro, M. C., Cervantes Estévez, L., Moro Tejedor, M. N., Medina Torres, M., y García Pozo, A. (2019). Comunicación de las enfermeras con los pacientes. Validación de la escala «Interpersonal Communication Assessment Scale» (ICAS). *Index de Enfermería*, 28(4), 209-213.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Salvat Editores.
- Peya Gascóns, M. (2008). Buenas noticias para la profesión enfermera. *Nursing*, 26(3), 6. [https://doi.org/10.1016/s0212-5382\(08\)70688-5](https://doi.org/10.1016/s0212-5382(08)70688-5)
- Pimienta Prieto, J. H. (2008). *Evaluación de los aprendizajes: un enfoque basado en competencias*. Pearson Educación.
- Piqué Prado, E. (2003). Mujer y salud desde una perspectiva de género. *Metas de Enfermería*, 6(2), 50-54.
- Poblete-Troncoso, M. del C., Valenzuela-Suazo, S. V., y Merino, J. M. (2012). Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichán*, 12(1), 8-21. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/8-21>
- Polanyi, S. (1958). *Personal knowledge*. University of Chicago Press.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., y Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Ramírez Schacke, M., y Pedraz Marcos, A. (2004). *La participación de las enfermeras en la Guerra Civil Española. Validación de una encuesta*. Nure Investigación. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/157/143>

Ramsburg, J. T., y Youmans, R. J. (2014). Meditation in the Higher-Education Classroom: Meditation Training Improves Student Knowledge Retention during Lectures. *Mindfulness*, 5(4), 431-441.
<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0199-5>

Real Academia Española [RAE]. (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22ª ed). Espasa.

Real Academia Española [RAE]. (2014a). *Competencia*. Diccionario de la Lengua Española.
<http://dle.rae.es/?id=A0fanvT%7CA0gTnnL>

Real Academia Española [RAE]. (2014b). *Cuidado*. Diccionario de la Lengua Española.
<http://dle.rae.es/?id=BbIVWJS>

Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. *Boletín Oficial del Estado*, nº 224, 18 de septiembre de 2003, 34355-34356.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2003/09/05/1125>

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *Boletín Oficial del Estado*, nº 260, 30 de octubre de 2007, 44037-44048.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/10/29/1393>

Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. *Boletín Oficial del Estado*, nº233, 29 de septiembre de 2021, 119537-119578.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/09/28/822>

Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. *Boletín Oficial del Estado*, nº 35, 10 de febrero de 2011, 13909-13926.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/01/28/99/con>

- Real Orden de 7 de mayo aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que los soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas. *Gaceta de Madrid*, nº 141, 21 de mayo de 1915, 484-486. <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1915/141/A00484-00486.pdf>
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la. *Boletín Oficial del Estado*, nº 119, 4 de mayo de 2016, 1-88. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2016-80807>
- Rentschler, D. D., Eaton, J., Cappiello, J., McNally, S. F., y McWilliam, P. (2007). Evaluation of undergraduate students using Objective Structured Clinical Evaluation. *Journal of Nursing Education*, 46(3), 135-139. <https://doi.org/10.3928/01484834-20070301-09>
- Rivera Álvarez, L. N., y Triana, Á. (2007). Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. *Actualizaciones en Enfermería*, 10(4), 15-21. <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres/>
- Roberts, J., y Brown, B. (1990). Testing the OSCE: a reliable measurement of clinical nursing skills. *Canadian Journal of Nursing Research*, 22(1), 51-59. <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/1065>
- Roberts, J., y Norman, G. (1990). Reliability and learning from the objective structured clinical examination. *Medical Education*, 24(3), 219-223. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1990.tb00004.x>
- Roca i Caparà, N., Vega Monteagudo, C., Heredia Torras, M., Hurtado Pardos, B., Insa Calderón, E., Morera Pomarede, M. J., Pedrola Segarra, A., y Roura Masmitjans, J. (2011). *El Diario Reflexivo como método docente para la adquisición de las competencias profesionales en los estudiantes de enfermería de la EUI Sant Joan de Déu*. Campus Docent Sant Joan de Déu. https://www.santjoandedeu.edu.es/files/diario_reflexivo.pdf

- Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A. L., y Ramírez-Pérez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 145-153. [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)70927-3](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(14)70927-3)
- Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Álvarez de Mon, M. A., y Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine*, 13(23), 1285-1296. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., y Collado, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Rodríguez Pérez, M. de los Á., y Navas-Ferrer, C. (2016). Lo que dicen los registros enfermeros. *Forandalus 2016 - VIII Reunión Internacional de Investigación en Enfermería - III Reunión del Grupo Aurora Mas: ¿Registramos o cuidamos? (Zaragoza)*. <http://www.index-f.com/para/n24/resumenes.php>
- Rome Ministerial Communiqué, 19 November, (2020). http://www.ehea.info/Upload/Rome_Ministerial_Communique.pdf
- Romero, C. S., Delgado, C., Catalá, J., Ferrer, C., Errando, C., Iftimi, A., Benito, A., De Andrés, J., Otero, M., y The PSIMCOV group. (2022). COVID-19 psychological impact in 3109 healthcare workers in Spain: The PSIMCOV group. *Psychological Medicine*, 52(1), 188-194. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001671>
- Romero Sánchez, J. M., Paloma Castro, O., Dueñas-Rodríguez, M., Paramino Cuevas, J. C., Pastor-Montero, S. M., Frandsen, A. J., O'Ferrall González, C., Gabaldón-Bravo, E. M., González-Domínguez, M. E., y Castro Yuste, C. (2014). The relationship between characteristics of nurses and their attitude towards nursing diagnosis: a cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), 2681-2684. <https://doi.org/10.1111/jocn.12325>

- Rosenblatt, M. A., Abrams, K. J., Levine, A. I., Sugarman, M., Vitkun, S., y Yudkowitz, F. S. (2002). The use of a human patient simulator in the evaluation of and development of a remedial prescription for an anesthesiologist with lapsed medical skills. *Anesthesia and Analgesia*, *94*(1), 149-153. <https://doi.org/10.1213/00000539-200201000-00028>
- Ross, M., Carroll, G., Knight, J., Chamberlain, M., Fothergill-Bourbonnais, F., y Linton, J. (1988). Using the OSCE to measure clinical skills performance in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *13*(1), 45-56. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1988.tb01390.x>
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., Curtolo, C., Tansella, M., Thornicroft, G., y Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, *200*(2-3), 933-938. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.029>
- Roy, C., y Andrew, H. A. (1999). *The Roy Adaptation Model* (2ª ed). Pearson Educación.
- Ruíz Castro, M., y Amezcua, M. (2019). La vinculación de la Enfermería a la Universidad en España: los hitos de una relación negada. *Temperamentvm*, *15*, e12606. <http://www.index-f.com/p/t/e12606>
- Rushforth, H. E. (2007). Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. *Nurse Education Today*, *27*(5), 481-490. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.08.009>
- Sabin, M., Weeks, K. W., Rowe, D. A., Hutton, B. M., Coben, D., Hall, C., y Woolley, N. (2013). Safety in numbers 5: Evaluation of computer-based authentic assessment and high fidelity simulated OSCE environments as a framework for articulating a point of registration medication dosage calculation benchmark. *Nurse Education in Practice*, *13*(2), e55-e65. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.10.009>

- Salguero-Cabalgante, R., Fernández-Martínez, M. A., y Alarcón-Martínez, M. L. (2015). Evaluación clínica objetiva estructurada para residentes de matronas en Andalucía. *Matronas Profesión*, 16(2), 76-81. <https://matronasprofesion.es/archivo/vol-16-num-2-2015/?ver=3-1-4>
- Sánchez-Villegas, A., y Martínez González, M. Á. (2008). Análisis Factorial. En M. A. Martínez González, A. Sánchez-Villegas, y F. J. Faulín Fajardo (Eds.), *Bioestadística amigable* (2ª ed, pp. 851-874). Diaz Santos.
- Sánchez-Villegas, A., Martínez González, M. Á., y Palma, S. (2008). Análisis de la concordancia. En M. A. Martínez González, A. Sánchez-Villegas, y F. J. Faulín Fajardo (Eds.), *Bioestadística amigable* (2ª ed, pp. 821-837). Diaz Santos.
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., y Kohls, N. (2013). Assessment of Mindfulness: Review on State of the Art. *Mindfulness*, 4(1), 3-17. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0122-5>
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones* (2.ª ed.). Paidós.
- Schuwirth, L. W. T., y Van der Vleuten, C. P. M. (2003). The use of clinical simulations in assessment. *Medical Education*, 37(s1), 65-71. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.37.s1.8.x>
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation. En R. W. Tyler, R. M. Gagné, y M. Scriven (Eds.), *Perspectives of Curriculum Evaluation* (pp. 39-83). Rand McNally.
- Selim, A. A., y Dawood, E. (2015). Objective Structured Video Examination in Psychiatric and Mental Health Nursing: A Learning and Assessment Method. *Journal of Nursing Education*, 54(2), 87-95. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150120-04>
- Selim, A. A., Ramadan, F. H., El-Gueneidy, M. M., y Gaafer, M. M. (2012). Using Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in undergraduate psychiatric nursing education: is it reliable and valid? *Nurse Education Today*, 32(3), 283-288. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.04.006>

- Sepúlveda Carrillo, G. J., Rojas Cifuentes, L. A., Cárdenas Jiménez, O. L., Guevara Rojas, E. J., y Castro Herrera, A. M. (2009). Estudio piloto de la validación del cuestionario «Care-Q» en versión al español en población colombiana. *Revista Colombiana de Enfermería*, 4, 8-25. <https://doi.org/10.18270/rce.v4i4.1408>
- Serrano-Gallardo, P., Martínez-Marcos, M., Arroyo-Gordo, M. P., y Lanza-Escobedo, D. (2010). Análisis del portafolio como herramienta evaluativa de las prácticas clínicas de enfermería comunitaria en estudiantes de pregrado. *Educación Médica*, 13(3), 177-185. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132010000300009&lng=es&synrm=isoyt&lng=es
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., y Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164>
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., y Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599. <https://doi.org/10.1023/A:1018700829825>
- Sheikhzadeh, E., y Khatami, M. (2017a). Critical thinking, mindfulness and academic achievement among Iranian EFL learners. *Modern Journal of Language Teaching Methods*, 7(3), 281-294. <https://doi.org/10.26655/mjltm.2017.3.1>
- Sheikhzadeh, E., y Khatami, M. (2017b). The possible relationship between mindfulness and academic achievement among Iranian EFL learners. *Modern Journal of Language Teaching Methods*, 7(2), 43-48. <https://doi.org/10.26655/mjltm.2017.2.1>
- Sibinga, E., y Wu, A. (2010). Clinician mindfulness and patient safety. *Journal of the American Medical Association*, 304(22), 2532-2533. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1817>

Siles González, J. (1996). Enfermería y conflictos bélicos. Una historia por hacer. *Index de Enfermería*, V(15), 7-8.

Siles González, J. (2011). El reformismo y la profesionalización de la enfermería. En J. Siles González (Ed.), *Historia de la enfermería en España* (pp. 363-404). Difusión Avances de Enfermería.

Siles González, J., y Solano Ruiz, M. del C. (2017). Poesía y cuidados: un instrumento para la gestión de emociones y sentimientos en enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(2), 32-38.
<https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1463>

Siles González, J., Solano Ruiz, M. del C., Ferrer Hernández, M. E., Rizo Baeza, M. M., Fernández Molina, M. Á., Núñez del Castillo, M., Martínez Riera, J. R., Noreña Peña, A. L., Casabona Martínez, I., y Castells Molina, M. (2009). Valoración del tiempo y esfuerzo empleado por los alumnos de enfermería en la consecución de objetivos durante sus prácticas clínicas. Una aplicación del diario de prácticas clínicas como instrumento de reflexión en la acción. En J. Siles González y M. del C. Solano Ruiz (Eds.), *Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas* (pp. 89-120). Marfil.

Simón Pérez, V. (2014). El reencuentro científico con la compasión. En A. Cebolla, J. García Campayo, y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad* (pp. 191-226). Alianza Editorial.

Sitzman, K. L., y Watson, J. (Eds.). (2019). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences* (3ª ed). Springer. <https://doi.org/10.1891/9780826195425>

Solà Pola, M. (2014). *Les proves d'avaluació clínica objectiva i estructurada (ACOE) en els estudis universitaris d'infermeria* [Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona].
<http://hdl.handle.net/2445/52753>

- Solà Pola, M., Martínez Castela, D., Molins I Mesalles, A., y Pulpón Segura, A. M. (2011). Testing objective structured clinical evaluation (OSCE) for nursing students experience developed during the years 1995-2009. *Revista Rol de Enfermería*, 34(7-8), 32-39.
- Soler, J. (2014). Evaluación del mindfulness. En A. Cebolla, J. García Campayo, y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad* (pp. 41-64). Alianza Editorial.
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E., y Pérez, V. (2012). Psychometric proprieties of Spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 19-26.
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//14/75/ENG/14-75-ENG-19-26-466350.pdf>
- Sosa Rosas, M. del P. (2020). Enseñanza de enfermería en la segunda década del siglo XXI, en tiempos de COVID 19. *Revista Paraninfo Digital*, XIV(32), e32109d. <http://ciberindex.com/c/pd/e32109d>
- Sosa Rosas, M. del P., Martínez Martínez, A., y León Moreno, Z. (2021). Una mirada al aprendizaje en línea de estudiantes de licenciatura en enfermería, Pandemia COVID-19, Ciudad de México. *Revista Paraninfo Digital*, XV(33), e33121d. <http://ciberindex.com/c/pd/e33121d>
- Spinelli, C., Wisener, M., y Khoury, B. (2019). Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 120, 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.03.003>
- Spragg, C. N. (2011). *The impact of mindfulness practice on Mental Health Service providers-in-training: an examination of mindfulness, self-awareness, empathy, and burnout* [Tesis Doctoral, Auburn University]. <http://etd.auburn.edu/handle/10415/2820>

- Steven, A., Wilson, G., Turunen, H., Vizcaya-Moreno, M. F., Azimirad, M., Kakurel, J., Porras, J., Tella, S., Pérez-Cañaveras, R., Sasso, L., Aleo, G., Myhre, K., Ringstad, Ø., Sara-Aho, A., Scott, M., y Pearson, P. (2020). Critical Incident Techniques and Reflection in Nursing and Health Professions Education: Systematic Narrative Review. *Nurse Educator*, 45(6), e57-e61. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000796>
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Stufflebeam, D. L. (1966). A depth study of the evaluation requirement. *Theory into Practice*, 5(3), 121-133. <https://doi.org/10.1080/00405846609542011>
- Stufflebeam, D. L. (1994). Introduction: Recommendations for improving evaluations in U. S. public schools. *Studies in Educational Evaluation*, 20(1), 3-21. [https://doi.org/10.1016/S0191-491X\(00\)80002-4](https://doi.org/10.1016/S0191-491X(00)80002-4)
- Stufflebeam, D. L. (1998). Conflicts between standards-based and postmodernist evaluations: Toward rapprochement. *Journal of Personnel Evaluation in Education*, 12(3), 287-296. <https://doi.org/10.1023/A:1008027513244>
- Stufflebeam, D. L. (1999). Using professional standards to legally and ethically release evaluation findings. *Studies in Educational Evaluation*, 25(4), 325-334. [https://doi.org/10.1016/S0191-491X\(99\)00033-4](https://doi.org/10.1016/S0191-491X(99)00033-4)
- Stufflebeam, D. L. (2000). *Guidelines for developing evaluation checklists*. https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2014/guidelines_cdc.pdf
- Stufflebeam, D. L. (2001). The metaevaluation imperative. *American Journal of Evaluation*, 22(2), 183-209. [https://doi.org/10.1016/S1098-2140\(01\)00127-8](https://doi.org/10.1016/S1098-2140(01)00127-8)

- Stufflebeam, D. L., Madaus, G. F., y Kellaghan, T. (Eds.). (2000). *Evaluation Models: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation* (2ª ed). Springer.
- Stufflebeam, D. L., y Shinkfield, A. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Paidós.
- Subirón Valera, A. B. (2018). *Fundamentos legislativos y socioculturales de la formación académica de las matronas en Zaragoza (1857-1978)* [Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza].
<https://zaguan.unizar.es/record/75419?ln=es>
- Tejada Fernández, J. (1999). Acerca de las competencias profesionales (I). *Revista Herramientas*, 56, 20-30.
- Tejada Fernández, J. (2011). La evaluación de las competencias en contextos no formales: dispositivos e instrumentos de evaluación. *Revista de Educación*, 354(1), 731-745.
<https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2011-354-018>
- Tejada Fernández, J., y Ruiz Bueno, C. (2016). Evaluación de competencias profesionales en educación superior: retos e implicaciones. *Educación XX1*, 19(1), 17-38.
<https://doi.org/10.5944/educxx1.12175>
- Todd, M., Manz, J. A., Hawkins, K. S., Parsons, M. E., y Hercinger, M. (2008). The development of a quantitative evaluation tool for simulations in nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), a41. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1705>
- Torres Penella, C., Valls Molins, R., Ramió Jofre, A., Domingo Roura, A., Rodero Sánchez, V., y Vives Relats, C. (2007). Las enfermeras catalanas en la Guerra civil española. *Temperamentvm*, 3(6), t2707.
- Tracy, S. M., Marino, G. J., Richo, K. M., y Daly, E. M. (2000). The clinical achievement portfolio: an outcomes-based assessment project in nursing education. *Nurse Educator*, 25(5), 241-246.
- Tyler, R. W. (1950). *Basic principles of curriculum and instruction*. University of Chicago Press.

Universidad del País Vasco [UPV]. (2018). *Plan de estudios: Grado en Enfermería*.

<https://www.ehu.es/es/gradoenfermeria-bizkaia/creditos-y-asignaturas>

Universidad María Auxiliadora. (2016). *Dra. Jean Watson en la UMA* [Vídeo]. Youtube.

<https://bit.ly/3xKThzD>

Urcola Pardo, F. (2017). *Atención Plena de los profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud y relación con la calidad percibida por profesionales y usuarios* [Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza].

<https://zaguan.unizar.es/record/61575/files/TESIS-2017-047.pdf>

Urcola Pardo, F., Blázquez Ornat, I., Anguas Gracia, A., Gasch Gallén, Á., y Germán Bes, C. (2018).

Perceptions of nursing students after performing an individual activity designed to develop their critical thinking: The “critical card” tool. *Nurse Education in Practice*, 29, 35-40.

<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.005>

Urcola Pardo, F., Navas-Ferrer, C., Nicanor Granados, C., y García Campayo, J. (2014). Expresiones y definiciones utilizadas en artículos científicos españoles para hacer referencia a Mindfulness.

Actas del 1st International Meeting on Mindfulness (Zaragoza, España), 78-79.

[https://editorialmedica.com/editorialmedica_publicacion_numero_detalle.php?nid=585yt=cua](https://editorialmedica.com/editorialmedica_publicacion_numero_detalle.php?nid=585yt=cuadernosy=2014ym=11-14 Junioy=1ST International Meeting on Mindfulness)

[dernosy=2014ym=11-14 Junioy=1ST International Meeting on Mindfulness](https://editorialmedica.com/editorialmedica_publicacion_numero_detalle.php?nid=585yt=cuadernosy=2014ym=11-14 Junioy=1ST International Meeting on Mindfulness)

Urcola Pardo, F., Ruíz de Viñaspre, R., Orkaizagirre Gómara, A., Jiménez Navascués, L., Anguas Gracia,

A., y Germán Bes, C. (2017). La escala CIBISA. *Index de Enfermería*, 26(3), 226-230.

Valler-Jones, T., Meehan, R., y Jones, H. (2011). Simulated practice - A panacea for health education?

British Journal of Nursing, 20(10), 628-631. <https://doi.org/10.12968/BJON.2011.20.10.628>

Van Niekerk, J. G., y Lombard, S. A. (1982). The OSCE-experiment at MEDUNSA. *Curationis*, 5(1), 44-

48. <https://doi.org/10.4102/curationis.v5i1.387>

- Velasco Rodríguez, V. M., Suárez Alemán, G. G., Limones Aguilar, M. L., Reyes Valdez, H., y Moreno Martínez, M. (2021). Ansiedad en estudiantes de enfermería en tiempos de pandemia. *Revista Paraninfo Digital*, XV(33), e333009d. <http://ciberindex.com/c/pd/e333009d>
- Vera Pérez, J. A. (2011). *La formación enfermera en España durante la Segunda República en paz : cambio y continuidad* [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia.
- Vera Pérez, J. A., y Hernández Conesa, J. M. (2011). *Un análisis educativo de la formación enfermera en España durante la Segunda República*. Diego Marín Librero Editor.
- Viciano, V., Fernández Revelles, A. B., Linares, M., Espejo, T., Puertas, P., y Chacón, R. (2018). Los Estudios Universitarios y el Mindfulness. Una Revisión Sistemática. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 16(1), 119-135. <https://doi.org/10.15366/reice2018.16.1.008>
- Vidal Prado, C. (2012). El Espacio Europeo de Educación Superior y su implantación en las universidades españolas. *Revista Catalana de Dret Públic*, 44, 253-283. <http://revistes.eapc.gencat.cat/index.php/rcdp/article/view/2244>
- Villardón Gallego, M. (2006). Evaluación del aprendizaje para promover el desarrollo de competencias. *Educatio siglo XXI*, 24, 57-56. <https://revistas.um.es/educatio/article/view/153>
- Villela Rodríguez, E. (2010). Género, Poder/Saber; su Impacto en la Profesión de Enfermería. *Desarrollo Científico Enfermería*, 18(10), 403-408.
- Visiers Jiménez, L. (2016). Evaluación del tutor y autoevaluación de los estudiantes de Enfermería sobre los resultados de aprendizaje durante las prácticas clínicas. *Metas de Enfermería*, 19(1), 69-76.
- Waldow, V. R. (2006). *Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem* (6ª ed). Vozes.
- Waldow, V. R. (2008). Atualização do cuidar. *Aquichán*, 8(1), 85-96. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/126>

- Waldow, V. R. (2014). El cuidado integral del ser humano. En V. R. Waldow (Ed.), *Cuidado de enfermería. Reflexiones entre dos orillas* (pp. 1-21). Fundación Index.
- Wallace, J., Rao, R., y Haslam, R. (2002). Simulated patients and objective structured clinical examinations: Review of their use in medical education. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(5), 342-348. <https://doi.org/10.1192/APT.8.5.342>
- Walsh, M., Bailey, P. H., Mossey, S., y Koren, I. (2010). The novice objective structured clinical evaluation tool: psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2807-2818. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05421.x>
- Ward, H., y Barratt, J. (2005). Assessment of nurse practitioner advanced clinical practice skills: using the objective structured clinical examination (OSCE). *Primary Health Care*, 15(10), 37-41. <https://doi.org/10.7748/phc2005.12.15.10.37.c563>
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Little, Brown.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care-A theory of nursing*. National League for Nursing.
- Watson, J. (1990). The moral failure of the patriarchy. *Nursing Outlook*, 38(2), 62-66.
- Watson, J. (1992). Filosofía y Teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. En J. Rihel-Sisca (Ed.), *Modelos Conceptuales de Enfermería* (pp. 179-192). Doyma.
- Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 49-52. <https://doi.org/10.1177/089431849701000114>
- Watson, J. (2006). Impacto de la relación sanadora en la práctica de la Enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 29(12), 16-22.
- Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring* (Revised ed). University Press of Colorado.

-
- Watson, R., Stimpson, A., Topping, A., y Porock, D. (2002). Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 421-431. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02307.x>
- Wessel, J., Williams, R., Finch, E., y Gémus, M. (2003). Reliability and validity of an objective structured clinical examination for physical therapy students. *Journal of Allied Health*, 32(4), 266-269.
- Xu, X., Wu, D., Zhao, X., Chen, J., Xia, J., Li, M., Nie, X., y Zhong, X. (2016). Relation of perceptions of educational environment with mindfulness among Chinese medical students: a longitudinal study. *Medical Education Online*, 21(1), 30664. <https://doi.org/10.3402/meo.v21.30664>
- Yañez-Gallardo, R., y Cuadra-Olmos, R. (2008). La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería*, XIV(1), 9-15. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532008000100002>
- Yang, Y.-Y., Lee, F.-Y., Hsu, H.-C., Lee, W.-S., Chuang, C.-L., Chang, C.-C., Huo, T.-I., Huang, Y.-H., Huang, C.-C., y Huang, C.-C. (2013). [Validation of the behavior and concept based assessment of professionalism competence in postgraduate first-year residents]. *Journal of the Chinese Medical Association*, 76(4), 186-194. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2012.12.002>

11 ANEXOS

11.1 ANEXO I. HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS ESTUDIOS 2, 3 Y 4

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN Y CONTACTO

Título de la investigación

Propiedades de la escala CIBISA en diferentes contextos de aprendizaje y evaluación en cuidados de enfermería

Investigador principal

D. Carlos Navas Ferrer.

Correo electrónico: 604501@unizar.es

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en la Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad de Zaragoza). Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento con atención.
- Entender la información que contiene el documento.
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias al investigador principal en los datos de contacto que se facilitan.
- Tomar una decisión meditada.
- Al cumplimentar el cuestionario ha de contestar afirmativamente que desea participar en el estudio.

¿POR QUÉ SE LE PIDE PARTICIPAR?

Se solicita su colaboración para este estudio por ser usted, bien estudiante o docente de Grado en Enfermería, lo que implica que es parte fundamental del proceso de enseñanza-aprendizaje, objeto de estudio de esta investigación.

¿CUÁL ES EL OBJETO DE ESTE ESTUDIO?

El objetivo del estudio es saber si un instrumento de evaluación, denominado Escala CIBISA, es válido y fiable para evaluar el aprendizaje en cuidados en diferentes contextos de evaluación.

¿QUÉ TENGO QUE HACER SI DECIDO PARTICIPAR?

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar esto no afectará a su relación con el investigador y su equipo, ni supondrá ninguna medida coercitiva a nivel académico o laboral. De hecho, los resultados o notas obtenidos en las pruebas no serán tenidos en cuenta, ni positiva ni negativamente, en sus calificaciones académicas o su situación laboral. Su participación consistirá en cumplimentar un cuestionario breve.

Si desea participar en el estudio deberá devolver firmada la hoja de Consentimiento Informado al investigador principal; condición sin la cual no podrá ser incluido/a en el estudio. Usted da el consentimiento para participar en el estudio y para que los datos que nos facilita a través de los cuestionarios que cumplimenta sean utilizados en la confección de esta tesis doctoral, siempre de forma anónima.

¿QUÉ RIESGOS O MOLESTIAS SUPONE?

La participación en el estudio no reviste ningún riesgo para usted y las molestias previstas son las derivadas del tiempo que conlleve leer la información y cumplimentar los cuestionarios (30 minutos). Además, para evitarle molestias el estudio se ha planificado fuera del periodo de exámenes oficiales de la universidad para que la participación en el estudio no interfiera en el rendimiento en otras pruebas que sí influyen en su expediente o en su carga como docente.

¿OBTENDRÉ ALGÚN BENEFICIO POR MI PARTICIPACIÓN?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no obtendrá ningún beneficio por su participación. Usted no recibirá incentivos ni compensaciones, económicas o académicas; si bien, usted contribuirá al avance y la mejora de la formación de los graduados en enfermería, que son elementos clave en la atención sanitaria de calidad, en la mejora de la salud de la población y en el desarrollo de la disciplina enfermera.

¿CÓMO SE VAN A GESTIONAR MIS DATOS PERSONALES?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales.

El responsable del tratamiento de los datos es el investigador principal, Carlos Navas Ferrer. Solo el investigador principal tendrá acceso a sus datos personales y académicos, y tratará estos con carácter confidencial. En la base de datos del estudio no se incluirá ningún dato que pueda identificarle.

Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el trabajo de investigación a los que hace referencia este documento.

El tratamiento de los datos de este estudio queda legitimado por su consentimiento a participar.

No se compartirán los datos con terceros salvo obligación legal.

Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD 2016/679) ante el investigador principal del proyecto, pudiendo obtener información al respecto dirigiendo un correo electrónico a la dirección 604501@unizar.es.

Así mismo, en cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD, se informa que, si así lo desea, podrá acudir a la Agencia de Protección de Datos (<https://www.aepd.es>) para presentar una reclamación cuando considere que no se hayan atendido debidamente sus derechos.

No se obtienen durante el estudio datos que puedan identificarle por lo que su identidad personal queda completamente oculta durante el proceso de investigación.

A partir de los resultados del trabajo de investigación, se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas en congresos o revistas científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

A continuación, también se le facilita un enlace a la política de privacidad y los términos de uso de la plataforma utilizada para la recogida de datos: Términos de uso y Política de privacidad.

Los datos recogidos serán almacenados en un único ordenador personal, propiedad del investigador principal, que tiene acceso con clave alfanumérica.

¿QUIÉN FINANCIA EL ESTUDIO?

Este proyecto no se encuentra financiado por ninguna institución pública o privada, ni existe en su elaboración, ejecución o difusión conflicto de intereses por parte de ninguno de los investigadores.

En caso de que el conocimiento derivado de este estudio generase, en algún momento, beneficios comerciales, estos pertenecerán al equipo investigador y los participantes no tendrán derecho a reclamar el total o la parte de ese beneficio.

¿SE ME INFORMARÁ DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar estos a través de su correo electrónico.

¿PUEDO CAMBIAR DE OPINIÓN?

Tal y como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio. Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos.

¿QUÉ PASA SI ME SURGE ALGUNA DUDA DURANTE MI PARTICIPACIÓN?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con el investigador responsable, D. Carlos Navas Ferrer, en el correo electrónico: 604501@unizar.es.

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

11.2 ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ESTUDIOS 2, 3 Y 4

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Propiedades de la escala CIBISA en diferentes contextos de aprendizaje y evaluación en cuidados de enfermería.

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: Carlos Navas Ferrer (Investigador principal)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en su situación académica

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: Sí No

Si procede: Doy mi conformidad para que mis datos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

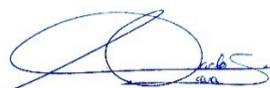
He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador: Carlos Navas Ferrer



Fecha:

11.3 ANEXO III. ESCALA CIBISA

Instrucciones: A continuación, se describen una serie de situaciones habituales en las prácticas clínicas. Por favor, responda la frecuencia con la que realizó cada una de las mismas en sus últimas prácticas clínicas.

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

11.4 ANEXO IV. VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA *MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE* (MAAS)

Instrucciones: Debajo hay una serie de afirmaciones sobre su experiencia diaria. Por favor, use la escala de 1 a 6 para indicar lo frecuente o infrecuentemente que usted experimenta cada situación. Responda de acuerdo a lo que realmente refleja su experiencia y no a lo que usted piensa que debería ser. Puntúe cada ítem de forma separada en relación a los otros. Por favor, responda a todas las cuestiones planteadas.

CUIDADO. LA PUNTUACION ES INVERSA EN RELACION A OTRAS ESCALAS

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Algo frecuente	Algo infrecuente	Muy infrecuente	Casi nunca
1. Puedo estar experimentando alguna emoción y no ser consciente hasta algún tiempo después					1 2 3 4 5 6
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no prestar atención, o por pensar en otra cosa					1 2 3 4 5 6
3. Encuentro difícil permanecer focalizado en lo que está ocurriendo en el presente					1 2 3 4 5 6
4. Tiendo a andar rápidamente para llegar a donde quiero ir sin prestar atención a lo que experimento a lo largo del camino.					1 2 3 4 5 6
5. Tiendo a no notar la tensión física o el malestar hasta que realmente despierta mi atención					1 2 3 4 5 6
6. Olvido el nombre de una persona casi tan pronto como me lo dicen por primera vez					1 2 3 4 5 6
7. Parece que lleve puesto el “piloto automático” sin ser consciente de lo que estoy haciendo					1 2 3 4 5 6
8. Hago las actividades diarias corriendo sin estar realmente atento a ellas					1 2 3 4 5 6
9. Estoy tan centrado en la meta que quiero alcanzar que pierdo la noción de lo que estoy haciendo					1 2 3 4 5 6
10. Hago tareas o trabajos automáticamente sin ser consciente de lo que estoy haciendo					1 2 3 4 5 6
11. Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien mientras hago algo al mismo tiempo					1 2 3 4 5 6
12. Conduzco a sitios con el “piloto automático” y entonces me pregunto qué hago allí					1 2 3 4 5 6
13. Me encuentro a mí mismo preocupado por el futuro o el pasado					1 2 3 4 5 6
14. Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestar atención					1 2 3 4 5 6
15. Picoteo sin ser consciente de lo que estoy haciendo					1 2 3 4 5 6
TOTAL					

11.5 ANEXO V. VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA *SELF-COMPASSION SCALE-SHORT FORM* (SCS-SF)

Instrucciones: Cómo suelo actuar conmigo mismo/a en momentos difíciles. Por favor, antes de responder, lea atentamente las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada ítem, indique con qué frecuencia actúa en la forma señalada, empleando la siguiente escala.

1	2	3	4	5
Casi nunca				Casi siempre
SC1. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.				1 2 3 4 5
SC2. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.				1 2 3 4 5
SC3. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.				1 2 3 4 5
SC4. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que la mayoría de la gente es probablemente más feliz que yo.				1 2 3 4 5
SC5. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.				1 2 3 4 5
SC6. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.				1 2 3 4 5
SC7. Cuando algo me disgusta, trato de mantener mis emociones en equilibrio.				1 2 3 4 5
SC8. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.				1 2 3 4 5
SC9. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que va mal.				1 2 3 4 5
SC10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.				1 2 3 4 5
SC11. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.				1 2 3 4 5
SC12. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.				1 2 3 4 5

11.6 ANEXO VI. CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS EN EL

ESTUDIO 1

Variables sociodemográficas

Edad:

(Indique su edad en años).

Sexo:

Hombre.

Mujer.

Variables académicas

Centro educativo:

Universidad de Zaragoza (UNIZAR).

Universidad del País Vasco (UPV).

Universidad de Valladolid-Campus de Soria (UVA-CS).

Universidad de Sevilla (US).

Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla) (EUE-SJD).

Lugar de prácticas:

Atención primaria.

Atención especializada.

11.7 ANEXO VII. INSTRUCCIONES PARA ELABORAR LOS EVENTOS NOTABLES EN EL ESTUDIO 2

Instrucciones: Relate (300-500 palabras) en esta hoja algún episodio que haya tenido especial significado para usted en su periodo de prácticas clínicas. Como sugerencia puede narrar: qué duda o dificultad ha tenido, cómo surgió, a qué o quién recurrió, resolución. Tenga en cuenta novedades, clima laboral, relaciones de trabajo, tiempo de cuidado, acogida etc.

11.8 ANEXO VIII. CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS EN EL ESTUDIO 2

Variables sociodemográficas

Edad:

(Indique su edad en años)

Sexo:

Hombre

Mujer

Variables académicas

Lugar de prácticas:

Quirófano.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Urgencias y Hemodiálisis.

11.9 ANEXO IX. ESCALA CIBISA-EVALUADORES

Instrucciones: A continuación, se describen una serie de situaciones habituales en las situaciones de simulación. Por favor, responda la frecuencia con la que su alumno/a realizó cada una de las mismas durante las mismas.

	1	2	3	4
	Casi nunca/ Nunca	Alguna vez	Con frecuencia	Casi siempre/ siempre
1.	El/La estudiante se presenta al paciente y/o le explica lo que le va a hacer.			1 2 3 4
2.	El/La estudiante pregunta al paciente como prefiere que le llame.			1 2 3 4
3.	El/La estudiante es calmado/a.			1 2 3 4
4.	El/La estudiante ha proporcionado buen cuidado físico al paciente y vigilado el dolor.			1 2 3 4
5.	El/La estudiante ha procurado medidas básicas de confort, tales como posición, iluminación adecuada, control de ruido o ropa adecuada entre otras.			1 2 3 4
6.	El/La estudiante ha visitado al paciente sin esperar a que lo llame.			1 2 3 4
7.	El/La estudiante ha animado al paciente a que llame si tiene problemas.			1 2 3 4
8.	Cuando el/la estudiante cuida, se concentra solo en un/a único/a paciente.			1 2 3 4
9.	El/La estudiante ofrece al paciente alternativas razonables, tales como elección del tiempo para las citas, tiempo para el aseo, paseo, entre otras			1 2 3 4
10.	El/La estudiante verifica con el paciente sus percepciones antes de iniciar cualquier intervención; por ejemplo, si ve que está ofuscado con el tratamiento lo habla con el paciente antes de hablar al respecto con el médico.			1 2 3 4
11.	El/La estudiante acepta que el paciente es el que mejor se conoce y lo incluye siempre que es posible, en el plan de cuidados.			1 2 3 4
12.	El/La estudiante permite al paciente expresar sus temores acerca de su enfermedad y tratamiento, y maneja la información confidencialmente.			1 2 3 4
13.	El/La estudiante ha infundido ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente.			1 2 3 4
14.	El/La estudiante ha tenido paciencia aún con los pacientes difíciles.			1 2 3 4
15.	El/La estudiante ha tomado al paciente de la mano y lo ha animado.			1 2 3 4
16.	El/La estudiante ha escuchado al paciente.			1 2 3 4
17.	El/La estudiante ha aplicado inyecciones, manipulado equipos de uso parenteral (sueros), aspiradores y otros equipos que haya en el servicio.			1 2 3 4
18.	El/La estudiante ha administrado al paciente los tratamientos oportunamente.			1 2 3 4
19.	El/La estudiante sabe identificar signos de alarma y cuando debe llamar al médico.			1 2 3 4
20.	El/La estudiante ha respondido rápidamente a la llamada del paciente.			1 2 3 4
21.	El/La estudiante tiene en cuenta las necesidades del paciente, planea y actúa en consecuencia, por ejemplo, administra cuidados naturales o modifica dosis prescritas de un fármaco si se precisa.			1 2 3 4
22.	El/La estudiante prevé que las "primeras veces" son las más difíciles y pone atención especial al paciente.			1 2 3 4
23.	El/La estudiante ha explicado al paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de los cuidados de su enfermedad.			1 2 3 4
24.	El/La estudiante ha enseñado al paciente a cuidar de sí mismo en lo posible.			1 2 3 4
25.	El/La estudiante ha sugerido al paciente las preguntas que puede formularle a su médico.			1 2 3 4
26.	El/La estudiante ha involucrado a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado.			1 2 3 4
27.	El/La estudiante ha informado al paciente sobre los sistemas de ayuda disponibles, tales como los grupos de auto-ayuda o los pacientes con enfermedades similares.			1 2 3 4
28.	El vestuario de el/la estudiante le identifica como enfermera/o estudiante en prácticas.			1 2 3 4
SUMA TOTAL				
MEDIA				

11.10 ANEXO X. CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA CIBISA EN SITUACIONES DE

SIMULACIÓN CLÍNICA

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando desde la Universidad de Zaragoza. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos y contribuir así al avance de la disciplina enfermera y, en consecuencia, a la mejora de la salud de la población.

El objetivo del estudio es analizar la validez de contenido y la utilidad de la escala CIBISA para evaluar el aprendizaje en cuidados del alumnado de Grado de Enfermería durante situaciones de simulación clínica.

A continuación, se le van a realizar una serie de preguntas que pretenden recabar información, basada en su experiencia. Aparecerá en primer lugar un bloque de preguntas sobre variables sociodemográficas. Después una segunda sección para variables académicas. Una tercera para que informe sobre su experiencia en simulación clínica. Por último, se le preguntará sobre la escala CIBISA-Evaluadores.

Recuerde que su participación es voluntaria y consistirá, exclusivamente, en la cumplimentación del siguiente cuestionario. La duración aproximada de este es de 15-30 minutos.

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales.

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria y puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos. Antes de cumplimentar este cuestionario recuerde leer la Hoja de Información y firmar el Consentimiento Informado que se le ha facilitado.

Conteste al cuestionario una sola vez.

Agradecemos de antemano su colaboración y el tiempo dedicado a este trabajo.

Carlos Navas Ferrer
604501@unizar.es

Variables sociodemográficas

Edad:

(Indique su edad en años)

Sexo:

- Hombre
- Mujer

Variables académicas

Universidad:

(Indique la Universidad a la que pertenece. Si es un Campus Adscrito a una Universidad más grande indíquelo también. Por ejemplo: Universidad de Valladolid-Campus de Soria).

Puesto de trabajo en la universidad actualmente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Profesor Asociado Clínico | <input type="checkbox"/> Profesor Honorario |
| <input type="checkbox"/> Profesor Asociado | <input type="checkbox"/> Profesor Emérito |
| <input type="checkbox"/> Profesor Interino | <input type="checkbox"/> Profesor Visitante |
| <input type="checkbox"/> Profesor Ayudante Doctor | <input type="checkbox"/> Profesor Ayudante |
| <input type="checkbox"/> Profesor Contratado Doctor | <input type="checkbox"/> Becario FPU |
| <input type="checkbox"/> Profesor Titular | <input type="checkbox"/> Sin vinculación |
| <input type="checkbox"/> Catedrático | <input type="checkbox"/> Otros: |

Años de ejercicio como docente universitario:

Años como instructor de simulación clínica:

Variables sobre simulación clínica

¿Cuál es el curso en el que realiza la simulación?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primero | <input type="checkbox"/> Tercero |
| <input type="checkbox"/> Segundo | <input type="checkbox"/> Cuarto |

Tipo de situación de simulación clínica:

- Específica (se refiere a situaciones de simulación circunscritas a la realización de una técnica concreta y en las que no se abordan casos de forma global).
- Global (se refiere a situaciones de simulación en las que se abordan casos de pacientes de manera integral y no se circunscriben a la evaluación de una técnica concreta).
- Ambas (se refiere a que el docente participa tanto en situaciones específicas como globales).

Competencias evaluadas:

(Marque todas las opciones que considere)

- Competencias genéricas.
- Competencias específicas grupo I: competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la enfermera.
- Competencias específicas grupo II: competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.
- Competencias específicas grupo III: competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.
- Competencias específicas grupo IV: conocimiento y competencias cognitivas.
- Competencias específicas grupo V: competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación).
- Competencias específicas grupo VI: competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo (cualitativa nominal).

¿Cuál es el tiempo máximo que tiene el alumnado para resolver la situación simulada?

(Indique el tiempo en minutos)

La escala de puntuación que tiene la rúbrica con la que usted evalúa el ejercicio de simulación es:

- Dicotómica/Tipo *check-list*.
- Categórica/Tipo *Likert*.
- Combinada, según los ítems.

Validez y utilidad de la escala

¿Le sirve la escala CIBISA-Evaluadores como rúbrica de evaluación para la simulación que usted desarrolla?

- Sí, la escala completa se puede aplicar.
- Sí, pero solo algunos ítems serían aplicables.
- No, ninguno de los ítems de la escala resulta útil.

¿Qué ítems de la escala CIBISA-Evaluadores considera que podrían ser útiles para evaluar al alumnado en el ejercicio de simulación clínica que realiza?

Ítem	Utilidad
1. El/La estudiante se presenta al paciente y/o le explica lo que le va a hacer.	Sí No
2. El/La estudiante pregunta al paciente como prefiere que le llame.	Sí No
3. El/La estudiante es calmado/a.	Sí No
4. El/La estudiante ha proporcionado buen cuidado físico al paciente y vigilado el dolor.	Sí No
5. El/La estudiante ha procurado medidas básicas de confort, tales como posición, iluminación adecuada, control de ruido o ropa adecuada entre otras.	Sí No
6. El/La estudiante ha visitado al paciente sin esperar a que lo llamase.	Sí No
7. El/La estudiante ha animado al paciente a que llame si tiene problemas.	Sí No
8. Cuando el/la estudiante cuida, se concentra solo en un/a único/a paciente.	Sí No
9. El/La estudiante ofrece al paciente alternativas razonables, tales como elección del tiempo para las citas, tiempo para el aseo, paseo, entre otras	Sí No
10. El/La estudiante verifica con el paciente sus percepciones antes de iniciar cualquier intervención; por ejemplo, si ve que esta ofuscado con el tratamiento lo hablo con el paciente antes de hablar al respecto con el médico.	Sí No
11. El/La estudiante acepta que el paciente es el que mejor se conoce y lo incluye siempre que es posible, en el plan de cuidados.	Sí No
12. El/La estudiante permite al paciente expresar sus temores acerca de su enfermedad y tratamiento, y maneja la información confidencialmente.	Sí No
13. El/La estudiante ha infundido ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente.	Sí No
14. El/La estudiante ha tenido paciencia aún con los pacientes difíciles.	Sí No
15. El/La estudiante ha tomado al paciente de la mano y lo ha animado.	Sí No
16. El/La estudiante ha escuchado al paciente.	Sí No
17. El/La estudiante ha aplicado inyecciones, manipulado equipos de uso parenteral (sueros), aspiradores y otros equipos que haya en el servicio.	Sí No
18. El/La estudiante ha administrado al paciente los tratamientos oportunamente.	Sí No
19. El/La estudiante sabe identificar signos de alarma y cuando debe llamar al médico.	Sí No
20. El/La estudiante ha respondido rápidamente a la llamada del paciente.	Sí No
21. El/La estudiante tiene en cuenta las necesidades del paciente, planea y actúa en consecuencia, por ejemplo, administra cuidados naturales o modifica dosis prescritas de un fármaco si se precisa.	Sí No
22. El/La estudiante prevé que las "primeras veces" son las más difíciles y pone atención especial al paciente.	Sí No
23. El/La estudiante ha explicado al paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de los cuidados de su enfermedad.	Sí No
24. El/La estudiante ha enseñado al paciente a cuidar de sí mismo en lo posible.	Sí No
25. El/La estudiante ha sugerido al paciente las preguntas que puede formularle a su médico.	Sí No
26. El/La estudiante ha involucrado a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado.	Sí No
27. El/La estudiante ha informado al paciente sobre los sistemas de ayuda disponibles, tales como los grupos de auto-ayuda o los pacientes con enfermedades similares.	Sí No
28. El vestuario de el/la estudiante le identifica como enfermera/o estudiante en prácticas.	Sí No

Justificación

(En los casos en los que ha señalado que un ítem no resulta útil justifique los motivos que le han llevado a dar esa respuesta)

Considera que para el ejercicio de simulación que usted realiza la escala de puntuación de los ítems de la escala CIBISA-Evaluadores debería ser:

- Dicotómica/Tipo *check-list*
- Categórica/Tipo *Likert*
- Combinada según los ítems

Observaciones

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN Y SU COLABORACIÓN

11.11 ANEXO XI. CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS DEL ALUMNADO EN EL ESTUDIO 4

Variables sociodemográficas

Edad:

(Indique su edad en años).

Sexo:

- Hombre.
- Mujer.

Situación laboral:

- Dedicación exclusiva a los estudios.
- Estudio y trabajo en contexto sanitario antes de la crisis por COVID-19.
- Estudio y trabajo en entorno sanitario desde la crisis por COVID-19.
- Estudio y trabajo fuera del entorno sanitario.

Variables académicas

Centro educativo:

- Universidad de Zaragoza (UNIZAR).
- Universidad de Valladolid-Campus de Soria (UVA-CS).
- Universidad de La Rioja (UR).
- Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

Curso académico:

- Primero.
- Segundo.
- Tercero.
- Cuarto.

11.12 ANEXO XII. ESCALA CIBISA-COVID

Instrucciones: en su contacto con la persona aislada en su casa, le proponemos esta escala breve para su autoevaluación. Se describen una serie de situaciones habituales en las prácticas clínicas adaptadas a la situación de aislamiento; responda la frecuencia con la que realizó cada una de las mismas en los casos que le ha tocado ayudar.

	1	2	3	4
	Casi nunca/ Nunca	Alguna vez	Con frecuencia	Casi siempre/ siempre
1. Saludo y me presento al paciente y/o le explico lo que le voy a hacer.				1 2 3 4
2. Soy calmada/o.				1 2 3 4
3. Me he interesado por si tiene buen cuidado físico o si tiene dolor.				1 2 3 4
4. Le he sugerido que intente tener posturas básicas de confort, tales como posición, iluminación adecuada, control de ruido o ropa adecuada entre otras.				1 2 3 4
5. Le hablo con tono afectuoso, e incluso le canto o le cuento historias.				1 2 3 4
6. Cuando cuido, me concentro solo en un/a único paciente.				1 2 3 4
7. Acepto que el paciente es el que mejor se conoce y lo valoro en el plan de cuidados.				1 2 3 4
8. Permito al paciente expresar sus temores acerca de su enfermedad y tratamiento, y manejo la información confidencialmente.				1 2 3 4
9. He infundido ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente.				1 2 3 4
10. He tenido paciencia aún con los pacientes difíciles.				1 2 3 4
11. He escuchado al paciente				1 2 3 4
12. Observo su expresividad facial y si cambia cuando hablo y canto y/o su voz cuando le oigo				1 2 3 4
13. Se identificar signos de alarma y cuando debo llamar al médico.				1 2 3 4
14. Siempre respondo lo antes posible a la llamada del paciente.				1 2 3 4
15. 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.				1 2 3 4
16. Las "primeras veces" son las más difíciles y pongo atención especial al paciente.				1 2 3 4
17. He explicado al paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de los cuidados de la actual pandemia.				1 2 3 4
18. He enseñado al paciente a cuidar de sí mismo en lo posible y refuerzo como lo hace.				1 2 3 4
19. He sugerido al paciente las preguntas que puede formularle a su médico.				1 2 3 4
20. He involucrado a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado.				1 2 3 4
				SUMA TOTAL
				MEDIA

11.13 ANEXO XIII. INSTRUCCIONES PARA ELABORAR LOS EVENTOS NOTABLES EN EL ESTUDIO 4

Instrucciones: A continuación, le pedimos que elabore un relato de la relación de cuidados. Para ello puede utilizar el discurso de la persona atendida (como se siente esta y como está viviendo la situación actual...). También puede señalar las necesidades de cuidados de la persona aislada y sus intervenciones como cuidadora (desde aspectos técnicos, a intervenciones relacionadas con el bienestar, tanto físico como emocional, la compañía, la escucha, la educación sanitaria o recomendaciones de entretenimiento). Es importante que señale cuantas veces ha llamado, y durante cuánto tiempo, a la persona atendida. Además, puede dedicar un espacio a reflexionar sobre su propia experiencia como persona cuidadora (emociones, dificultades, estrategias para afrontar la situación). Solo debe escribir un relato, aunque este debe hablar de todo el proceso de cuidados y no de un único encuentro. Es decir, si su experiencia con la persona aislada ha tenido una duración de cinco días hable de esa relación a lo largo de esos cinco días y no solo de uno de ellos. La extensión del relato es libre.

11.14 ANEXO XIV. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE CUIDADOS DE LA PERSONA ATENDIDA EN EL ESTUDIO 4

Variables sociodemográficas

Edad:

(Indique su edad en años).

Sexo:

- Hombre.
- Mujer.

Nivel académico:

- Sin estudios.
- Educación Primaria.
- Educación Secundaria.
- Bachillerato.
- Formación Profesional Grado Medio.
- Formación Profesional Grado Superior.
- Estudios Universitarios.
- Máster/Doctorado.

Situación laboral:

- Trabajo (Tiempo completo desde casa).
- Trabajo (Tiempo completo fuera de casa).
- Trabajo (Tiempo parcial desde casa).
- Trabajo (Tiempo parcial fuera de casa).
- Estudiante.
- Incapacidad Temporal.
- Desempleado/a.
- Retirado/a o Jubilado/a o Incapacitado/a permanente.

Estado civil:

- Casado/a o en pareja.
- Soltero/a.
- Separado/a.
- Divorciado/a.
- Viudo/a.

Núcleo de convivencia:

(Indique el número de personas que componen el núcleo de convivencia de la persona atendida en la actualidad).

Variables de salud

Días de confinamiento:

(Indique días que la persona atendida lleva confinada).

Forma de aislamiento:

- Aislamiento estricto en habitación.
- Aislamiento estricto en domicilio.
- Confinamiento saliendo a comprar, trabajar o tratamientos médicos.
- No realiza ningún confinamiento.

Lugar de confinamiento:

- Vivienda habitual.
- Vivienda secundaria.
- Hospitales y espacios habilitados (residencias, hoteles).

Condiciones de la vivienda:

- Balcón (<2 m cuadrados).
- Terraza (>2 m cuadrados).
- Jardín/Patio.
- Varios de los anteriores.
- Ninguno de los anteriores.

Diagnóstico COVID:

- Negativo.
- Sospecha.
- Positivo.

Pertenencia a grupo de riesgo:

- No pertenece a grupo de riesgo
- Pertenece a un grupo de riesgo
- Pertenece a varios grupos de riesgo

Forma de contacto con el alumnado:

- Presencial.
- Telemática.
- Ambas.

11.15 ANEXO XV. ESCALA DE GRAVEDAD SINTOMÁTICA

Instrucciones: Indique la duración de la sintomatología padecida por la persona atendida. Solo puede marcar una opción en cada fila.

1	2	3	4	5
Asintomática	1-3 días	4-7 días	8-14 días	más de 14 días
Fiebre				1 2 3 4 5
Tos seca				1 2 3 4 5
Disnea				1 2 3 4 5
Mialgias				1 2 3 4 5
Odinofagia				1 2 3 4 5

11.16 ANEXO XVI. ESCALA DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS

Instrucciones: Indique el nivel de autocuidados en las Necesidades Básicas Humanas de la persona atendida. Solo puede marcar una opción en cada fila.

1	2	3	4	5	6
Nada satisfactorio					Muy satisfactorio
1.					1 2 3 4 5 6
2.					1 2 3 4 5 6
3.					1 2 3 4 5 6
4.					1 2 3 4 5 6
5.					1 2 3 4 5 6
6.					1 2 3 4 5 6
7.					1 2 3 4 5 6
8.					1 2 3 4 5 6
9.					1 2 3 4 5 6
10.					1 2 3 4 5 6
11.					1 2 3 4 5 6
12.					1 2 3 4 5 6
13.					1 2 3 4 5 6
14.					1 2 3 4 5 6

11.17 ANEXO XVII. ESCALA DE SOBRECARGA PSICOLÓGICA

Instrucciones: Indique como se siente la persona atendida. Solo puede marcar una opción en cada fila.

	1	2	3	4
	Nada	Un poco	A ratos	Casi todo el día
1. Me siento bien				1 2 3 4
2. Esperanzado/a				1 2 3 4
3. Confiado/a				1 2 3 4
4. Desanimado/a				1 2 3 4
5. Triste				1 2 3 4
6. Amedrentado/a (con miedo)				1 2 3 4

11.18 ANEXO XVIII. LA ESCALA CIBISA: NUEVA PROPUESTA

Instrucciones: A continuación, se describen una serie de situaciones habituales en las prácticas clínicas. Por favor, responda la frecuencia con la que realizó cada una de las mismas en sus últimas prácticas clínicas.

	1	2	3	4
	Casi nunca/ Nunca	Alguna vez	Con frecuencia	Casi siempre/ siempre
BIENESTAR				
1.				1 2 3 4
2.				1 2 3 4
3.				1 2 3 4
4.				1 2 3 4
5.				1 2 3 4
6.				1 2 3 4
7.				1 2 3 4
8.				1 2 3 4
9.				1 2 3 4
10.				1 2 3 4
11.				1 2 3 4
12.				1 2 3 4
13.				1 2 3 4
14.				1 2 3 4
15.				1 2 3 4
16.				1 2 3 4
17.				1 2 3 4
18.				1 2 3 4
SEGURIDAD				
19.				1 2 3 4
20.				1 2 3 4
21.				1 2 3 4
22.				1 2 3 4
23.				1 2 3 4
AUTONOMÍA				
24.				1 2 3 4
25.				1 2 3 4
26.				1 2 3 4
27.				1 2 3 4
28.				1 2 3 4
ACTITUDES				
29.				1 2 3 4
30.				1 2 3 4
31.				1 2 3 4
				SUMA TOTAL
				MEDIA

11.19 ANEXO XIX. LISTADO DE ARTÍCULOS, PONENCIAS Y COMUNICACIONES DERIVADOS DE LOS

TRABAJOS REALIZADOS PARA ESTA TESIS DOCTORAL

1. Autores: Carlos Navas-Ferrer; Fernando Urcola Pardo; Ana Belén Subirón Valera; Concha Germán Bes.

Título: Validity and Reliability of Objective Structured Clinical Evaluation in Nursing.

Revista: Clinical Simulation in Nursing.

Año: 2017

Índice de impacto: 1,640-Q2 Nursing (JCR-2017) / 0,685-Q1 Nursing (SJR-2017).

2. Autores: Carlos Navas-Ferrer.

Título: Evaluación y aprendizaje en cuidados: un viaje hacia lo subjetivo.

Congreso: Foro I+E 2018. IV Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería. (Granada).

Tipo de comunicación: Ponencia.

Fecha: 8 a 9 de noviembre de 2018.

3. Autores: Carlos Navas-Ferrer, Fernando Urcola Pardo, Lourdes Jiménez Navascués, Aintzane Orkaizagirre Gómara, Rosa Casado Mejía, Grupo AMAS.

Título: La atención plena y la autocompasión como mediadores del aprendizaje en cuidados.

Congreso: Foro I+E 2018. IV Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería. (Granada).

Tipo de comunicación: Comunicación oral.

Fecha: 8 a 9 de noviembre de 2018.

4. Autores: Carlos Navas-Ferrer, Fernando Urcola Pardo, Lourdes Jiménez Navascués, Aintzane Orkaizagirre Gómara, Rosa Casado Mejía, Grupo AMAS.

Título: La atención plena y la autocompasión como mediadores del aprendizaje en cuidados.

Revista: Paraninfo Digital (Fundación Índice).

Año: 2018.

Índice de impacto: 0,034-Q4 Cuiden Citación (RIC-2018).

5. Autores: Carlos Navas-Ferrer, Fernando Urcola Pardo, Ana Anguas Gracia, María Teresa Fernández Rodrigo, Ángel Gasch Gallén, Ana Lucha López, Grupo AMAS.

Título: Escala CIBISA y eventos notables: instrumentos de autoevaluación para el aprendizaje de cuidados.

Congreso: Foro I+E 2018. IV Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería. (Granada).

Tipo de comunicación: Comunicación oral.

Fecha: 8 a 9 de noviembre de 2018.

6. Autores: Carlos Navas-Ferrer, Fernando Urcola Pardo, Ana Anguas Gracia, María Teresa Fernández Rodrigo, Ángel Gasch Gallén, Ana Lucha López, Grupo AMAS.
Título: Escala CIBISA y eventos notables: instrumentos de autoevaluación para el aprendizaje de cuidados.
Revista: Paraninfo Digital (Fundación Índex).
Año: 2018.
Índice de impacto: 0,034-Q4 Cuiden Citación (RIC-2018).

7. Autores: Carlos Navas-Ferrer, Ana Anguas Gracia, Lourdes Jiménez Navascués, Elena Andrade Gómez, Isabel Morales Moreno, Dolores Torres Enamorado.
Título: Experiencia de aprendizaje en cuidados durante la pandemia por COVID-19: estudio preliminar.
Congreso: V Reunión Internacional de Investigación en Enfermería Comunitaria (INVESCOM-2020): "Cuidados ante la pandemia. La comunidad educativa y la salud". (Murcia).
Tipo de comunicación: Comunicación oral.
Fecha: 19 a 20 de noviembre de 2020.

8. Autores: Carlos Navas-Ferrer, Ana Anguas Gracia, Lourdes Jiménez Navascués, Elena Andrade Gómez, Isabel Morales Moreno, Dolores Torres Enamorado.
Título: Experiencia de aprendizaje en cuidados durante la pandemia por COVID-19: estudio preliminar.
Revista: Paraninfo Digital (Fundación Índex).
Año: 2020.
Índice de impacto: 0,059-Q4 Cuiden Citación (RIC-2020).
