

Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



Modelo del cuidado transmitido en la relación interpersonal docente-estudiante de enfermería

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

Macarena Romero Martín

Fecha de lectura: 26 de noviembre de 2019

Bajo la dirección de los doctores:

Juan Gómez Salgado

José Antonio Ponce Blandón

Huelva, 2019





Universidad de Huelva

MODELO DEL CUIDADO TRANSMITIDO EN LA RELACIÓN INTERPERSONAL DOCENTE-ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL
HUELVA
2019



Doctoranda: Macarena Romero Martín

Directores: Prof. Dr. Juan Gómez Salgado
Prof. Dr. José Antonio Ponce Blandón



Universidad de Huelva

MODELO DEL CUIDADO TRANSMITIDO EN LA RELACIÓN INTERPERSONAL DOCENTE-ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL
HUELVA
2019

TESIS POR COMPENDIO

Doctoranda: *Macarena Romero Martín*

Directores: *Prof. Dr. Juan Gómez Salgado*
Prof. Dr. José Antonio Ponce Blandón

A Ignacio Romero Ruiz

In memoriam

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi profundo agradecimiento a mi director, Dr. D. Juan Gómez Salgado, por sus consejos, entusiasmo e implicación. Sin sus orientaciones, este trabajo no hubiese visto nunca la luz. Gracias a mi director, Dr. D. José Antonio Ponce Blandón, por sus valiosas aportaciones, especialmente por su confianza, por creer en mi desde el principio, más que yo misma.

Ha sido para mí un honor contar con el respaldo de ambas instituciones donde se ha desarrollado este proyecto, la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla y el Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla. Me gustaría agradecer a la Universidade do Algarve, Portugal, por recibirme en mi estancia de investigación, en concreto a la Dra. Emilia Costa por su hospitalidad como anfitriona y por facilitar una colaboración tan enriquecedora.

Gracias también a Ignacio Romero Ruiz, por enseñarme, entre otros, valores tan necesarios para la investigación como el rigor, la constancia y la pulcritud en el trabajo. Su presencia me ha inspirado y acompañado a lo largo de todo el proceso de elaboración de este proyecto.

Afortunadamente, he podido contar con la colaboración de muchos compañeros y amigos que han hecho valiosas aportaciones para la realización de esta investigación. En particular, gracias a Mónica Ortega Moreno por ayudarme a entender e interpretar el lenguaje de los números con infinita paciencia. También me gustaría agradecer a Francisco Rivera de los Santos por iniciarme en el mundo de las mediciones en ciencias de la salud, y por todo lo que he aprendido gracias a él. A José Miguel Robles le debo el Big Bang de este proyecto. Gracias por ayudarme a concebir la idea y por todo el ánimo y apoyo que me has ofrecido, especialmente en los momentos más difíciles.

Quisiera agradecer a todos los participantes en el estudio, docentes, tutores clínicos y estudiantes, por compartir con nosotros su estimable opinión en la que se fundamente este proyecto. Gracias también a los profesores que me cedieron tiempo de sus clases para la recogida de datos. En especial me gustará darle las

gracias a Rocío Velasco Sanz por abrirme las puertas de los hospitales que han colaborado en esta investigación.

Me siento muy afortunada por contar con mi familia, Rocío, Ignacio, Rocío, Alberto, Cinta, Sara y Gonzalo, personas extraordinarias que tengo la suerte de tener tan cerca. Mi vida tiene sentido porque la comparto con vosotros. Gracias a Juan Carlos Safont por CUIDAR de mí desde que nos conocimos, y especialmente durante la elaboración de este trabajo, con todas las maravillosas connotaciones que encierra esta palabra.

Cuidar es deliciosamente contagioso, gracias a todas las personas que en algún momento han cuidado de mí y a las que me han permitido cuidarles, me han ayudado a crecer como enfermera y como ser humano.

“Cuidar y amar son las fuerzas cósmicas más misteriosas”

Jean Watson.

RESUMEN

TÍTULO

Modelo del cuidado transmitido en la relación interpersonal docente-estudiante de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El cuidado es la esencia de la enfermería, es la base de la disciplina que guía la profesión, su fundamento moral, filosófico y técnico. Es el rasgo central, dominante y unificador de la profesión, el centro del cuerpo de conocimientos enfermeros y el elemento diferenciador del resto de las disciplinas.

Por lo tanto, aprender a cuidar debería ser el principal objetivo de la formación enfermera. Si se considera el cuidado como un fenómeno experiencial, las relaciones de cuidado que experimenten los estudiantes durante su formación proporcionan a los futuros profesionales de enfermería un referente para la comprensión e interiorización del cuidado y un modelo para las futuras relaciones de cuidado que establezcan en su desempeño profesional.

La Nursing Students' Perception of Instructor's Caring es una herramienta diseñada para medir la percepción de los estudiantes de enfermería sobre los comportamientos que manifiestan cuidado de sus docentes. Se trata de un cuestionario autocompletado de 31 ítems agrupados en 5 dimensiones: confianza a través del cuidado, clima de aprendizaje y apoyo, reconocimiento del sentido de la vida, control y flexibilidad y compartir de forma respetuosa. Cada ítem se valora con una escala tipo likert del 1 al 6. La escala ha demostrado una alta fiabilidad con un α de Cronbach de 0'97 en el estudio inicial realizado en Estados Unidos, ha sido empleada en estudios anteriores y adaptada transculturalmente en China, Italia y Turquía.

OBJETIVOS

Obtener una versión de la Nursing Students' Perceptions of Instructors' Caring culturalmente adaptada al contexto español, para disponer de una

herramienta adecuada para la valoración del cuidado transmitido por los docentes.

Describir el modelo de cuidado que transmiten los docentes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla a través de sus comportamientos.

HIPÓTESIS

La Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring es un instrumento válido y fiable para medir los comportamientos de cuidado que os estudiantes de enfermería perciben por parte de sus docentes.

Los docentes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla transmiten un alto nivel de cuidado al alumnado a través de sus comportamientos.

Existen diferencias estadísticamente significativas sobre la percepción de cuidado del alumnado transmitido por los docentes entre el ámbito académico y el clínico, entre la percepción de los docentes y los estudiantes y entre los cursos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, de aproximación cuantitativa. Previamente, se desarrolló la adaptación transcultural al contexto español de la escala que se empleó en la recogida de datos. Por lo tanto, el diseño integra 2 fases:

- Fase 1. Validación transcultural de la escala de medida mediante un diseño de estudio observacional, descriptivo, transversal.
- Fase 2. Descripción de la percepción de los comportamientos de cuidado manifestados en la relación docente-estudiante y contraste de hipótesis, mediante un diseño de estudio observacional, descriptivo, transversal.

RESULTADOS

Los resultados revelaron una versión culturalmente adaptada de la NSPIC, válida y fiable ($\alpha=0'95$) para ser empleada en el contexto español, la S-NSPIC. Esta se empleó como instrumento de medida del modelo de cuidado percibido por los estudiantes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla de parte de sus profesores académicos y tutores clínicos.

Según los resultados, los estudiantes percibieron un alto nivel de cuidado por parte de los tutores clínicos, especialmente consideraron que les inspiran confianza cuando se sienten cuidados o los ven cuidar a los pacientes ($87'35 \pm 1'81$). Esta valoración coincide con la de los tutores clínicos sobre sus propios comportamientos. Igualmente, según los estudiantes, el nivel de cuidado que expresan los profesores académicos fue alto destacando la flexibilidad y la igualdad en el trato ($82'29 \pm 1'15$). Sin embargo, según la opinión de los profesores académicos el área de cuidado que más enfatizan en sus comportamientos es el fomento de la autonomía profesional ($82'29 \pm 1'15$). Al comparar las valoraciones, se identificó que los estudiantes perciben recibir más cuidados en sus primeras prácticas de forma significativa ($p \leq 0'001$). También se reveló una falta de sintonía entre docentes y estudiantes, ya que estos últimos perciben menos cuidado del que los primeros creen transmitir ($p \leq 0'001$). Por último, los resultados revelaron que los profesores académicos consideraron atender más la dimensión espiritual de los estudiantes que los tutores clínicos ($p=0'016$).

DISCUSIÓN

Se obtuvo una versión culturalmente adaptada al contexto español de la NSPIC, válida y fiable para medir el cuidado que transmiten los tutores clínicos a los estudiantes a través de sus comportamientos.

Los resultados revelan una estructura interna que incluye una nueva dimensión que se denominó *Autonomía profesional*, que hace referencia a la visualización del estudiante como enfermero y concienciación de su potencialidad profesional, en su rol de toma de decisiones independiente en

defensa del cuidado del paciente. Además de modificaciones en las dimensiones de la escala, nuestros resultados también sugieren modificaciones en algunos ítems. Considerando los ítems 12, *No muestra nada de su lado personal*, y 31 *Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los estudiantes*, tras valorar los resultados insuficientes de carga factorial, índice de validez de contenido y coeficiente de correlación ítem-total, el equipo investigador decidió por consenso omitir ambos ítems en la versión final de la escala.

En relación con la opinión que tienen los estudiantes sobre el cuidado que expresan los tutores clínicos, los resultados revelaron que la dimensión más valorada fue *Inspira confianza a través del cuidado*. La confianza es clave para facilitar el aprendizaje en la relación entre los tutores clínicos y los estudiantes y es esperable que sea la dimensión más apreciada. En cuanto a los profesores académicos, los estudiantes señalaron la dimensión *Control vs flexibilidad* como la más presente en sus comportamientos. Esta se manifiesta siendo flexible ante los contratiempos sin usar la situación de poder para controlar a los estudiantes, ni imponer las propias ideas.

Los estudiantes en sus primeras prácticas percibieron significativamente más cuidado por parte de sus tutores clínicos que en los demás cursos. Dado que las prácticas clínicas son un acontecimiento muy estresante para los estudiantes y uno de los focos de la ansiedad es la relación con el tutor, puede que el apoyo y ayuda recibidos por parte de los tutores en las primeras prácticas se valore de forma especialmente positiva.

En este estudio, encontramos que los tutores clínicos creen transmitir la dimensión *Inspira confianza a través de cuidado* con más intensidad de la que los estudiantes la perciben. Esta falta de sintonía entre la confianza y el cuidado recibido y entregado podría deberse a experiencias negativas de los estudiantes en las prácticas, de las que los tutores no son conscientes, y por lo tanto, no afectan a la valoración de la confianza y cuidado que creen transmitir. Por otro lado, la alta opinión de los profesores académicos sobre el cuidado que manifiestan, podría ser consecuencia de su compromiso con esta una

orientación de la docencia hacia los valores de cuidado, eligiendo el modelo de rol que representan para los estudiantes como estrategia de aprendizaje.

Los estudiantes percibieron más cuidado en general de parte de los tutores clínicos que de los profesores académicos. Esta discrepancia podría ser un espejo de la brecha entre la teoría y la práctica enfermera. Es esencial que estos dos núcleos de la educación enfermera estén sincronizados para un aprendizaje coherente de la profesión. Los profesores académicos consideraron que la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida* está más presente en su relación con los estudiantes. Esta percepción es un reflejo del compromiso por parte de la academia para formar profesionales capaces de atender las necesidades de los pacientes tanto del cuerpo como del alma y el espíritu.

CONCLUSIONES

La Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring es una herramienta válida y fiable para la valoración de los comportamientos de cuidado expresado por los tutores clínicos hacia los estudiantes de enfermería, según la percepción de estos. Esta versión culturalmente adaptada permitirá una mejor comprensión de la relación que los tutores clínicos establecen con los docentes y del modelo de cuidado que representan.

De forma general, el cuidado está latente en la relación estudiante-docente del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla. Los estudiantes perciben un alto nivel de cuidado por parte de sus docentes, tanto tutores clínicos como profesores académicos. Este cuidado se expresa a través de comportamientos que les inspiran confianza, fomentan un clima de aprendizaje y apoyo, les ayudan a reconocer el sentido de la vida, les muestran flexibilidad en el trato y fomentan su autonomía profesional. Por lo tanto, los docentes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla ejercen un buen modelo de rol a los estudiantes que les guía para sus futuras relaciones de cuidado con los pacientes.

Existe una disonancia entre el cuidado que los docentes creen demostrar y el cuidado que los estudiantes perciben recibir, tanto por parte de los clínicos

como de los profesores académicos. Los docentes piensan que transmiten más cuidado del recibido por los estudiantes. En particular, los tutores clínicos inspiran menos confianza en los estudiantes de lo que ellos creen. Es deseable que ambas percepciones estén en sintonía reflejando así una relación sincera y empática, en la que ambos se expresen con libertad y franqueza sus sentimientos, y se fomente el aprendizaje.

Los estudiantes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla aprecian más cuidado por parte de los tutores clínicos durante sus primeras prácticas que en las posteriores, en las que esta apreciación descende. En el entorno académico, aunque se identificaron diferencias entre los comportamientos de cuidado de los profesores de cada curso, estas no describieron una evolución homogénea.

Los estudiantes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla perciben más cuidado de parte de los tutores clínicos que de los profesores académicos. Estos consideran que fomentan la dimensión espiritual de los estudiantes más que los tutores clínicos. Según su percepción, desde el entorno académico se alienta a los estudiantes a buscar el sentido de la vida y encontrar significado a las experiencias de forma más intensa que desde el entorno clínico.

PALABRAS CLAVE

Comportamientos de cuidado, educación en enfermería, estudiantes de enfermería, docentes, mentores, cuidados de enfermería, enfermería.

ABSTRACT

TITLE

Model of care transmitted in the interpersonal relationship teacher-nursing student.

INTRODUCTION

Care is the essence of nursing, it is the basis of the discipline that guides the profession, its moral, philosophical and technical foundation. It is the central, dominant and unifying concept of the profession, the center of the nursing body of knowledge and the differentiating element of the rest of the disciplines.

Therefore, learning to care should be the main goal of nursing education. If care is considered as an experiential phenomenon, the caring relationships that students experience during their training provide future nursing professionals with a benchmark for understanding and internalizing care and a model for future caring relationships that they will establish in their professional performance.

The Nursing Students' Perception of Instructor's Caring is a tool designed to measure nursing students' perception of the caring behaviors demonstrated by the clinical tutors. It is a self-completed questionnaire of 31 items grouped into 5 dimensions: confidence through care, supporting learning climate, appreciation of life's meanings, control vs flexibility and respectful sharing. Each item is valued on a 1 to 6 points likert scale. The scale has demonstrated high reliability with a Cronbach's 0'97 in the initial study conducted in the United States, and it has been used in previous studies and transculturally adapted into Chinese, Italian and Turkish.

OBJECTIVES

To obtain a version of the Nursing Students' Perceptions of Instructors' Caring culturally adapted to the Spanish context, in order to provide an adequate tool for the assessment of the care transmitted by instructors.

To describe the model of care transmitted by academic lecturers and clinical tutors of the Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla through their behaviors.

HYPOTHESIS

The Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring is a valid and reliable tool for measuring the caring behaviors that nursing students perceive from their academic lecturers and clinical tutors.

Lecturers and tutors at the Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla transmit a high level of care to students through their behaviors.

There are statistically significant differences in the students' perception of care transmitted by instructors between the academic and the clinical realm, between the perception of lecturers and students and between courses.

METHODOLOGY

An observational, descriptive, cross-sectional study of quantitative approximation was conducted. Previously, the scale used in data collection was transculturally adapted to the Spanish context. Therefore, the study design integrates 2 phases:

- Phase 1. Transcultural adaptation of the assessment scale by means of a descriptive, cross-sectional observational study design.
- Phase 2. Description of the perception of caring behaviors demonstrated in the teacher-student relationship and hypothesis contrast, through an observational, descriptive, transversal study design.

RESULTS

The results revealed a culturally adapted version of the Nursing Students' Perception of Instructor's Caring, that is valid and reliable ($\alpha=0.95$) to be used in the Spanish context. This tool was used to assess the model of care perceived by

the students from their academic lecturers and clinical tutors at the Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla.

According to the results, students perceived a high level of care from their clinical tutors, in particular they considered that tutors inspired confidence to them when they felt cared for or witnessed caring for patients (87.35 ± 1.81). This was in line with the clinical instructors' assessment of their own caring behaviors. Likewise, according to the students, the level of care expressed by academic lecturers was high, especially when being flexible and equal in treatment (82.29 ± 1.15). However, according to academic lecturers, the dimension that they emphasized most through their behaviors was the promotion of professional autonomy (89.86 ± 3.24). Students expressed to receive more care from their tutors in their first clinical practices significantly ($p \leq 0.001$). A lack of harmony between instructors' and students' perception was also revealed, as students perceived less care than the former believed to convey ($p \leq 0.001$). Finally, the results revealed that academic lecturers considered they convey more of the spiritual dimension to the students than clinical tutors ($p = 0.016$).

DISCUSSION

A culturally adapted version of the Nursing Students' Perception of Instructor's Caring, valid and reliable to measure the care demonstrated by clinical tutors to students through their behaviors, was obtained.

The results revealed an internal structure that included a new dimension named *Professional Autonomy*, which refers to the visualization of the student as a nurse and awareness of their professional potential, in their role of taking independent decision-making in defense of patient care. In addition to changes in scale dimensions, our results also suggested changes to some items. Regarding items 12, *Does not reveal any of his or her personal side*, and 31 *Uses grades to maintain control of students*, and considering the insufficient factorial load, content validity index an item-total correlation coefficient, the research team decided by consensus to delete both items in the final version of the Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring.

Regarding students' opinion of caring behaviors expressed by clinical tutors, the results revealed that the most valued dimension was *Instills confidence through caring*. Confidence is essential in facilitating learning through the relationship between clinical tutors and students, so and it is expected to be the most appreciated dimension. As for the academic lecturers, students pointed to the dimension *Control vs flexibility* like the most present in their behaviors. It was manifested by being flexible when facing unexpected situation without using the power to control students, nor to impose one's own ideas.

Students perceived significantly more care from their clinical tutors in their first clinical practices than in other courses. Since clinical practices are a very stressful situation for students and one of the focuses of anxiety is the relationship with the tutor, the support and help received by tutors during the first clinical placement may be especially positive valued.

In this study, we found that clinical tutors believed they convey the dimension *inspires confidence through care* with more intensity than students declared to perceive. This lack of harmony between confidence received and delivered could be due to negative experiences of students during their clinical practices, of which tutors are not aware, and therefore do not affect the assessment of the confidence and care they believe to transmit. On the other hand, the high opinion of academic lecturers about the care they believed to convey, could be a consequence of their commitment to an education approach focused on caring values, using the role model they represents for students as a learning strategy.

In general, students perceived more care from clinical tutors than from academic lecturers. This discrepancy could reflect the gap between nursing theory and practice. It is essential that these two cores of nurse education are synchronized for consistent learning of the profession. Academic lecturers considered that the dimension *Appreciation of life's meaning* was particularly present in their relationship with students. This perception could be a reflection of the commitment on the part of the academy to train nursing professionals prepared to holistically meet patients' needs including their spiritual side.

CONCLUSIONS

The Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring is a valid and reliable tool for assessing caring behaviors demonstrated by clinical tutors towards nursing students, based on their perception. This culturally adapted version will allow a better understanding of the relationship that clinical tutors and academic lecturers establish with the students and the care model they represent.

In general, care is latent in the student-teacher relationship at the Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla. Students perceived a high level of care from their instructors, both clinical tutors and academic lecturers. This care is expressed through behaviors that inspire confidence, foster a supporting learning climate, help them recognize the life's meanings, show them flexibility and promote their professional autonomy. Therefore, the instructors at the Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla represent a good role model for students that guides them for their future caring relationships with patients.

There is a dissonance between the care that teachers believe to demonstrate and the care that students perceive to receive, both from the clinical tutors and academic lecturers. They think they convey more care than the students declare to receive. In particular, clinical tutors inspire less confidence in students than they believe. It is desirable that both perceptions be in tune reflecting a sincere and empathetic relationship, in which both express openly each other their feelings, and encourage learning.

Students at the Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla appreciate more care from clinical tutors during their first practices than in subsequent practices, in which this appreciation declines. In the academic environment, although differences were identified between the caring behaviors of the lecturers in each course, they did not describe a homogeneous evolution.

The students of the Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla perceive more care from clinical tutors than from academic lecturers. Academic lecturers consider that they foster the spiritual dimension of students more than

clinical tutors. According to their perception, students are encouraged from the academic environment to appreciate the life's meanings and find meaning to their experiences more intensely than from the clinical environment.

KEY WORDS

Caring behaviours, nursing education, nursing students, faculty, mentors, nursing care, nursing.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	29
1.1. MARCO TEÓRICO	29
1.1.1. Trayectoria histórica del cuidado	29
1.1.2. Teoría del Cuidado Transpersonal	32
1.1.3. Concepto de cuidado	38
1.1.4. Teorías de aprendizaje	40
1.1.5. Relación docente-estudiante	44
1.1.6. Aprendizaje del cuidado	49
1.1.7. Compromiso laboral, la pasión por el trabajo y la centralidad o significado del trabajo	60
1.1.8. Cruz Roja Española	64
1.2. ANTECEDENTES	66
1.2.1. Valoración del cuidado	66
1.2.2. Estado de la cuestión	83
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	89
2.1. HIPÓTESIS	89
2.2. OBJETIVOS	91
2.2.1. Objetivos generales	91
2.2.2. Objetivos específicos	91
3. METODOLOGÍA	93
3.1. TIPO DE DISEÑO	93
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	95
3.2.1. Fase 1. Validación transcultural	95
3.2.2. Fase 2. Estudio descriptivo	96
3.3. MUESTRA	102
3.3.1. Fase 1. Validación transcultural	102
3.3.2. Fase 2. Estudio descriptivo	103
3.4. VARIABLES DE ESTUDIO	105
3.4.1. Variables independientes	105
3.4.2. Variables dependientes	105
3.5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	106
3.6. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA ESCALA NSPIC AL ESPAÑOL	108
3.6.1. Traducción	108
3.6.2. Validación psicométrica	111
3.7. PROCEDIMIENTO	115
3.7.1. Fase 1. Validación transcultural	115
3.7.2. Fase 2. Estudio descriptivo	116
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	119

3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	120
3.9.1. Fase 1. Validación transcultural	120
3.9.2. Fase 2. Estudio descriptivo	122
3.10. LIMITACIONES	124
4. RESULTADOS	128
4.1. Fase 1. Validación transcultural	128
4.1.1. Traducción directa	128
4.1.2. Traducción inversa	129
4.1.3. Consolidación	129
4.1.4. Pilotaje viabilidad	130
4.1.5. Validación psicométrica	134
4.2. Fase 2. Estudio descriptivo	140
4.2.1. Resultados sociodemográficos	140
4.2.2. Resultados descriptivos	147
4.2.3. Resultados analíticos de contraste de hipótesis	159
5. DISCUSIÓN	166
5.1. DISCUSIÓN DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS	166
5.1.1. Diseño de estudio	166
5.1.2. Población de estudio	168
5.1.3. Muestra	169
5.2. DISCUSIÓN FASE 1. VALIDACIÓN TRANSCULTURAL	173
5.3. DISCUSIÓN FASE 2. ESTUDIO DESCRIPTIVO	179
5.3.1. Discusión de los resultados descriptivos	179
5.3.2. Discusión de los resultados analíticos de contraste de hipótesis	189
5.4. REFLEXIONES FINALES	202
5.5. IMPLICACIONES PRÁCTICAS	204
5.6. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	207
6. CONCLUSIONES	209
7. CONCLUSIONS	211
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	213
9. ANEXOS	229
9.1. Anexo 1. Cuestionario de características sociodemográficas de los Estudiantes participantes.	231
9.2. Anexo 2. Cuestionario de características sociodemográficas de los docentes participantes.	233

9.3. Anexo 3. Versión original de la Nursing Students' Perceptions of Instructor's Caring.	235
9.4. Anexo 4. Clinical Placement Evaluation Tool.	237
9.5. Anexo 5. Consentimiento informado.	239
9.6. Anexo 6. Aprobación del comité ético	241
9.7. Anexo 7. Traducción directa de la Nursing Students' Perceptions of Instructor's Caring al español por la traductora 1.	243
9.8. Anexo 8. Traducción directa de la Nursing Students' Perceptions of Instructor's Caring al español por la traductora 2.	247
9.9. Anexo 9. Versión de síntesis de la Nursing Students' Perceptions of Instructor's Caring.	251
9.10. Anexo 10. Retrotraducción de la Nursing Students' Perceptions of Instructor's Caring al inglés por la traductora 1.	253
9.11. Anexo 11. Retrotraducción de la Nursing Students' Perceptions of Instructor's Caring al inglés por la traductora 2.	257
9.12. Anexo 12. Versión de consolidación de la Nursing Students' Perceptions of Instructor's Caring.	261
9.13. Anexo 13. Versión prototipo de la Nursing Students' Perceptions of Instructor's Caring.	263
9.14. Anexo 14. Versión adaptada al español de la Nursing Students' Perceptions of Instructor's Caring.	265

10. INDICIOS DE CALIDAD **267**

10.1. Publicaciones	269
10.1.1. Assessment of reliability and validity of the Spanish version of the Nursing Students' Perception of Instructor Caring (S-NSPIC).	271
10.1.2. Systematic review of the nature of nursing care described by using the Caring Behaviours Inventory.	287
10.1.3. Engagement, Passion and Meaning of Work as Modulating Variables in Nursing: A Theoretical Analysis.	303
10.1.4. El cuidado expresado en los comportamientos enfermeros desde la perspectiva de los profesionales y los pacientes.	319

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 - Instrumentos de mediación de la labor docente en enfermería.</i>	73
<i>Tabla 2 - Características sociodemográficas del grupo de población estudiantes.</i>	99
<i>Tabla 3 - Distribución del número de estudiantes de enfermería por centro de prácticas.</i>	101
<i>Tabla 4 - Propuestas de las traductoras para la versión de síntesis.</i>	128
<i>Tabla 5 - Características sociodemográficas del panel de expertos (N=15).</i>	130
<i>Tabla 6 - Claridad de los ítems.</i>	131
<i>Tabla 7 - Propuestas de mejora de la claridad de los ítems.</i>	133
<i>Tabla 8 - Características sociodemográficas de los participantes en el pilotaje de la adaptación transcultural (N=310).</i>	135
<i>Tabla 9 - Fiabilidad prototipo S-NSPIC 2.</i>	136
<i>Tabla 10 - Coeficientes de correlación entre las puntuaciones de la S-NSPIC y sus dimensiones y el gold standard CPET y su dimensión "características del tutor".</i>	137
<i>Tabla 11 - Análisis factorial exploratorio para S-NSPIC.</i>	138
<i>Tabla 12 - Fiabilidad. Valores α Cronbach para la NSPIC-S y sus dimensiones.</i>	139
<i>Tabla 13 - Características sociodemográficas de los estudiantes por curso.</i>	141
<i>Tabla 14 - Características sociodemográficas de los participantes estudiantes por curso y sexo.</i>	143
<i>Tabla 15 - Características sociodemográficas de los participantes tutores clínicos.</i>	145
<i>Tabla 16 - Descripción de la experiencia profesional de los tutores clínicos.</i>	145
<i>Tabla 17 - Características sociodemográficas de los participantes profesores académicos.</i>	146
<i>Tabla 18 - Descripción de la experiencia profesional de los profesores académicos.</i>	147
<i>Tabla 19 - Distribución de los cuestionarios entre los participantes.</i>	148
<i>Tabla 20 - Descripción de las dimensiones de la S-NSPIC sobre el cuidado transmitido por los tutores clínicos según el curso.</i>	150
<i>Tabla 21 - Prueba de normalidad para las valoraciones de los tutores clínicos por parte de los estudiantes.</i>	153

Tabla 22 - Descripción de las dimensiones de la S-NSPIC según la percepción propia de los tutores clínicos.	154
Tabla 23 - Prueba de normalidad para las valoraciones de la autopercepción de los tutores clínicos.	155
Tabla 24 - Descripción de las dimensiones de la S-NSPIC del cuidado transmitido por los profesores académicos según la percepción de los estudiantes.	156
Tabla 25 - Prueba de normalidad para las valoraciones de los profesores académicos por parte de los estudiantes.	157
Tabla 26 - Descripción de las dimensiones de la S-NSPIC según la percepción propia de los profesores académicos.	158
Tabla 27 - Prueba de normalidad para las valoraciones de la autopercepción de los tutores clínicos.	159
Tabla 28 - Resultados de la prueba Kruskal-Wallis entre las dimensiones de la S-NSPIC y el curso.	160
Tabla 29 - Comparación de las dimensiones de la S-NSPIC y los cursos de los estudiantes.	160
Tabla 30 - Comparación de las dimensiones de la S-NSPIC de la valoración de los tutores clínicos por parte de los estudiantes y su autopercepción.	162
Tabla 31 - Comparación de las dimensiones de la S-NSPIC en la percepción de los profesores académicos por parte de los estudiantes por curso.	162
Tabla 32 - Comparación de las dimensiones de la S-NSPIC en la percepción de los profesores académicos por parte de los estudiantes entre curso.	163
Tabla 33 - Comparación de las dimensiones de la S-NSPIC de la valoración de los profesores académicos por parte de los estudiantes y su autopercepción.	164
Tabla 34 - Comparación entre la percepción de los estudiantes de los tutores clínicos y los profesores académicos por dimensión.	164
Tabla 35 - Comparación entre la autopercepción de los tutores clínicos y los profesores académicos por dimensión.	165
Tabla 36 - Características sociodemográficas de la población de estudiantes, la muestra de la fase 1 y la fase 2.	170
Tabla 37 - Características sociodemográficas de la población y muestra de los tutores clínicos y profesores académicos.	170
Tabla 38 - Distribución de las muestras de estudiantes y tutores clínicos por tipo de centro asistencial.	170

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Elementos del cuidado como conexión recíproca en la formación enfermera	52
Figura 2 - Elementos del Critical Caring Pedagogy Model	54
Figura 3 - Correspondencia entre las dimensiones de la CAT y los factores de cuidado de Watson (221).	75
Figura 4 - Ejemplo de correlación de los ítems de la NSPIC con los factores de cuidado de Watson (221).	81
Figura 5 - Proceso de traducción.	111
Figura 6 - Diagrama de flujo de los participantes de la fase 1.	134
Figura 7 - Diagrama de flujo de los participantes de la fase 2.	148
Figura 8 - Diagrama de cajas de la percepción del alumnado sobre los tutores clínicos por dimensiones.	151
Figura 9 - Diagrama de cajas de la percepción del alumnado de segundo sobre los tutores clínicos por dimensiones.	151
Figura 10 - Diagrama de cajas de la percepción del alumnado de tercero sobre los tutores clínicos por dimensiones.	152
Figura 11 - Diagrama de cajas de la percepción del alumnado de cuarto sobre los tutores clínicos por dimensiones.	152
Figura 12 - Diagrama de cajas de la percepción de los tutores clínicos sobre el cuidado transmitido a los estudiantes por dimensiones.	154
Figura 13 - Diagrama de cajas de la percepción del alumnado sobre los profesores académicos por dimensiones.	156
Figura 14 - Diagrama de cajas de la percepción de los profesores académicos sobre el cuidado transmitido a los estudiantes por dimensiones.	159

GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

- AFC** Análisis Factorial Confirmatorio.
- AFE** Análisis Factorial Exploratorio
- CAT** Caring Assessment Tool
- CBI** Caring Behaviours Inventory.
- CCI** Coeficiente de Correlación Intraclass.
- CLEI** Clinical Learning Environment Inventory.
- CLES** Clinical Learning Environment, Supervision.
- CLOCS** Clinical Learning Organisational Culture Survey.
- CNESAA** Clinical Nurse Educator Skill Acquisition Assessment.
- C-NSPIC** Chinese Nursing Students' Perception of Instructor's Caring.
 - CPET** Clinical Placement Evaluation Tool.
 - CTCI** Clinical Teacher Characteristics Instrument.
 - CTCoI** Clinical Teaching Competence Inventory.
 - CTE** Clinical Teaching Evaluation.
- CUECR** Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja.
- ECICI** Effective Clinical Instructor Characteristics Inventory.
- ECTB** Effective Clinical Teaching Behaviours.
- ECTS** European Credit Transfer System.
- ICI** Índice de Correlación Intraclass.
- I-NSPIC** Italian Nursing Students' Perception of Instructor's Caring.
 - IVC-I** Índice de Validez de Contenido del Ítem.
 - IVC-E** Índice de Validez de Contenido de la escala.
- KMO** Kaiser-Meyer-Olkin.
- MBQ** Mentoring Benefit Questionnaire.
- MBS** Mentors' Behavior Scale.
- MCI** Mentor's Competence Instrument.
- MES** Menthorship Effectiveness Scale.
- NCFQ** Nursing Clinical Facilitator Questionnaire.
- NCTEI** Nursing Clinical Teacher Effectiveness Inventory.
- NESAA** Nurse Educator Skill Acquisition Assessment.
- NSPIC** Nursing Students' Perception of Instructor's Caring.
- NSSS** Nursing Students Satisfaction Scale.
- NUHME** National University Hospital Mentorship Evaluation.
- OCCQ** Organizational Climate for Caring Questionnaire.
- PCM** Peer Caring Measurement.
- PGCIS** Peer Group Caring Interaction Scale.
- SINFLO** Support Instrument for Nurses to Facilitate the Learning of Others.
- S-NSPIC** Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring.
- SPFMEUBI** Students Perception of Faculty Members Ethical and Unethical Behaviours Instrument.
- WCECIRS** Withehead Characteristic of Effective Clinical Instructor Rating Scale.
- WCETIRS** Withehead Characteristic of Effective Theory Instructor Rating Scale.

Se hace constar que, a lo largo del documento completo de la presente Tesis Doctoral, se ha optado por el masculino como género gramatical no marcado, especificándose el femenino cuando sea de aplicación. De igual manera, se emplea el término enfermera, como inclusivo para profesionales de ambos sexos, de acuerdo con lo establecido por diversos organismos internacionales.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. Trayectoria histórica del cuidado

El cuidado es la esencia de la enfermería, es la base de la disciplina que guía la profesión, su fundamento moral, filosófico y técnico (1). Es el rasgo central, dominante y unificador de la profesión, el centro del cuerpo de conocimientos enfermeros y el elemento diferenciador del resto de las disciplinas (2).

La actividad de cuidar nace de la relación del hombre con su entorno para satisfacer sus necesidades básicas y perpetuar la especie (3). El cuidado como actividad humana, entendido como las actividades encaminadas al mantenimiento de la vida de uno mismo y la conservación de la comunidad, existe desde el origen del hombre, dado que es un comportamiento inherente al ser humano que responde a una necesidad de conservación y supervivencia (4). En el Neolítico, las actividades dirigidas a la alimentación y conservación de grupo se diversifican y la variabilidad las convierte en comportamientos voluntarios con una finalidad: mantener la vida. Esta intencionalidad unida a un aprendizaje empírico que les guiaba en la elección de medios que se sabían útiles, y a elementos culturales, hace que podamos hablar de prácticas de cuidado conscientes e intencionadas, desligadas del instinto de supervivencia (3).

Las prácticas de cuidado han sido interpretadas y adaptadas por cada civilización, según sus valores culturales. Una de las corrientes de pensamiento que más ha influido en los cuidados enfermeros es el cristianismo. La filosofía cristiana, con su concepción igualitaria de todas las personas, supuso un cambio en el pensamiento social que trascendió a los cuidados, imprimiéndoles unos valores humanistas de respeto y dignidad (4). Esta ideología inculcó unos valores de caridad y ayuda al prójimo que dirige el objetivo principal de los cuidados hacia un plano más espiritual que físico (3). Tanto la salud como la enfermedad tienen un origen divino, de forma que la salud es vista como una gracia

concedida por el Todopoderoso y la enfermedad es una oportunidad para ejercer la caridad e imitar la vida de Jesucristo (4) y un vehículo para la salvación eterna del que la practica (3).

El cristianismo proporcionó un ámbito de desarrollo para la enfermería basado en el amor. El cuidado de los enfermos es entendido como una expresión de altruismo al servicio desinteresado de los demás (5). Dado el origen divino de la enfermedad, la curación se basa en la sanación del alma, otorgándose así el énfasis a las actitudes y valores más que a la práctica (3, 4). La práctica de los cuidados se centra en atender las necesidades básicas de los enfermos y menesterosos, inspirándose en las bienaventuranzas y la misericordia (3-5).

A las personas dedicadas al cuidado y atención de los enfermos se les atribuyen actitudes consideradas esenciales para el desempeño de esta actividad, tales como la caridad, compasión, altruismo, bondad, entrega, humildad y sumisión. Estos valores se consideraban prioritarios ante la profesionalidad o la capacidad de cuidados (4, 5).

Sin duda, la evolución de los cuidados, especialmente en España, está fuertemente influenciada por el cristianismo. Además del enfoque humanitario, gracias a la consolidación y expansión del cristianismo, los cuidados se organizaron institucionalmente, ocupando un lugar y una función social. Los cuidados enfermeros desarrollados dentro de la ideología cristiana atribuyeron gran importancia a la formación de las personas dedicadas al cuidado, aportando los primeros manuales de instrucción, y contribuyeron a la definición de funciones tanto en la asistencia de enfermos como en la gestión (6). A pesar de estas valiosas aportaciones, algunas autoras consideran que el valor social que la enfermería ha heredado del cristianismo se asocia con aspectos espirituales y emocionales más que con la construcción de una profesión con conocimiento propio (3,4).

Los primeros esfuerzos por profesionalizar los cuidados de enfermería se atribuyen a Florence Nightingale en el siglo XIX (7). Nightingale trabajó por la consolidación y reconocimiento de la enfermería como actividad profesional

(8). Señaló la necesidad de una formación específica para las personas dedicadas al cuidado profesionalmente, distinguiendo entre el cuidado que podía ejercer cualquier mujer y el cuidado enfermero (9). Ella fue la primera en perfilar un cuerpo de conocimientos propio y exclusivo de la profesión enfermera (10).

En el siglo XX el concepto de salud se abre a una perspectiva más global integrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, considerándose la salud como un estado de completo bienestar (11). El aumento de la esperanza de vida y los nuevos hábitos de salud dan paso a enfermedades crónicas y situaciones de discapacidad o dependencia anteriormente desconocidas. Los cuidados de enfermería adquieren una mayor relevancia en la atención sanitaria convirtiéndose en un servicio demandado por la sociedad (4).

Una de las primeras en trabajar por perfilar el rol profesional enfermero autónomo, distinguiéndolo del médico, fue Virginia Henderson (12). En 1966, en su obra *The Nature of Nursing*, elaboró una definición de Enfermería aceptada mundialmente: "La función principal de la enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible" p.21 (13).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se inicia un movimiento de enfermeras teorizadoras que dedican sus estudios a delimitar el área de conocimientos de la enfermería y consolidar y dar forma a la disciplina enfermera. El resultado de sus trabajos son teorías y modelos de enfermería, marcos teóricos que orientaron la práctica profesional y proporcionan diferentes interpretaciones del núcleo de la disciplina: los cuidados (11).

1.1.2. Teoría del Cuidado Transpersonal

Uno de los primeros modelos publicados es el de Henderson, que interpretó la enfermería como un sistema de suplencia y ayuda, que asiste a las personas en la satisfacción de sus necesidades básicas, con el objetivo de procurar su independencia, es decir, el desarrollo de todo su potencial de cuidado (14). En la misma línea, Orem orientó la actividad enfermera hacia las necesidades terapéuticas de autocuidado que no han sido cubiertas por las habilidades adquiridas de la persona para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o por la ausencia de agencia cuidado dependiente (15). Desde la enfermería psiquiátrica, Peplau centró la actividad enfermera en la construcción de una relación psicodinámica, es decir, un proceso interpersonal significativo y terapéutico, que afecta a ambos y ayuda a la persona a desarrollarse y buscar su equilibrio (16). Más recientemente, Roy consideró que el fin de la enfermería es mejorar la interacción de las personas con su entorno, para fomentar la adaptación, capacitándoles para elaborar respuestas adaptativas ante los estímulos que recibe del medio (17). Por su parte, Leininger defendió que es imprescindible considerar los valores culturales asociados a la salud en la atención enfermera, conservando, adaptando o reorientándolos, para ofrecer cuidados culturalmente congruentes (11). El motivo principal de la enfermería para Eriksson es la *caritas* (caridad y amor) que se manifiesta en una relación de cuidado caritativo dirigida a mantener la dignidad y aliviar el sufrimiento de *paciente* (12). Swanson entiende el cuidado como un compromiso y una responsabilidad personal de la enfermería que, a través de una relación educativa, utiliza sus creencias, conocimiento, mensajes (verbales y no verbales) y acciones terapéuticas, por la persona apreciada, para posibilitar su bienestar (18).

Estos son algunos de los múltiples modelos y teorías que proporcionan un marco conceptual a la profesión enfermera, y que aportan un enfoque particular al núcleo de la disciplina.

El presente trabajo se enmarca en la Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson, puesto que gira en torno a la relación de interconexión entre el

cuidador y la persona cuidada y la consecuente transformación mutua, la afectación a sus propias realidades y el aprendizaje significativo que obtienen de ella (19). Considerando la relación entre el profesorado y el alumnado como una relación de cuidado, según Watson, ambos incorporan nuevas experiencias a su dimensión espiritual que enriquecerá su visión del mundo.

El punto de partida de este modelo es la comprensión del ser humano desde su dimensión espiritual, reconociendo la subjetividad que imprimen las experiencias propias de cada individuo (15). La concepción del individuo como una unidad biológica, psicológica y social se amplía hacia el campo emocional y espiritual. El ser humano es la unidad de cuerpo, mente y espíritu en conexión con el universo que le rodea (16). El cuerpo es el componente físico del ser, sometido a límites temporales y espaciales. Este cuerpo está vinculado a un alma, el espíritu, la versión más elevada del yo, que trasciende al límite corporal. Este lado trascendente del ser humano es el que conecta con el universo y permite la sanación, transformando a la persona. De esta forma, la salud va más allá de lo meramente físico, se considera la manifestación de la armonía entre cuerpo, alma y espíritu. Es decir, cuando estas dimensiones se encuentran unidas y en sintonía, la persona goza de salud y la pérdida de esta armonía, conlleva la pérdida de la salud (17).

La perspectiva holística del ser humano de Watson es muy amplia y abarca todos sus niveles de existencia. Su énfasis en la espiritualidad prioriza la subjetividad y dignidad de la persona cuidada. Los seres humanos no pueden ser tratados como objetos, ni separarse de su yo interno, ni de su conexión con el universo (20). La incorporación del pensamiento humanista le hace confiar en las posibilidades de las personas y creer en su capacidad de desarrollo y crecimiento. Cuidar significa aceptar a la persona como es y cómo puede llegar a ser, reconociendo su impulso de crecimiento continuo y de transformación como consecuencia de su interacción con el universo y las relaciones transpersonales que establece. Un entorno de cuidado facilita el desarrollo pleno del potencial de la persona y la elección de la mejor actuación posible ante cada situación. Este entorno, por lo tanto, genera salud ya que moviliza el

sistema de comportamientos, valores y creencias, promoviendo la armonía cuerpo-alma-espíritu (12).

El reconocimiento de una dimensión trascendente del ser humano, que supone su esencia, convierte el cuidado en un compromiso moral. La creencia en el espíritu que alberga cada persona, que es su personalidad más alta y profunda, obliga a cuidarla, protegerla y honrarla, como un acto de compromiso moral de carácter sagrado. En el cuidado hay una intencionalidad y una conciencia de respetar, potenciar y fomentar la dignidad humana de forma voluntaria y consciente (1).

Esta autora también hace referencia a la salud como la congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado. Es decir, la sensación de coherencia entre lo que le pasa externamente al individuo y cómo lo percibe desde su esfera interna emocional. Esta forma de entender la salud requiere una capacidad de introspección para que la persona valore su realidad interior y la compare con el entorno inmediato. Si hay coherencia entre ambas percepciones, se genera una sensación de bienestar y felicidad que es lo que se entiende como salud. El concepto de salud es puramente subjetivo, se basa en la percepción de la persona y está totalmente desvinculado de la enfermedad. El agente causante de la falta de salud no es la enfermedad en sí misma, sino la ruptura del equilibrio cuerpo-alma-espíritu. Por lo tanto, las actividades dirigidas a la sanación o a prevenir la falta de salud, deben contemplar todas estas esferas y no centrarse solamente en el cuerpo. Es imprescindible que el cuidado y la curación atienda a la espiritualidad y al universo interior de las personas (15).

La persona se compone de un entorno externo, su realidad más inmediata, y otro interno formado por sus percepciones, creencias, valores, expectativas y experiencias propias que lo hacen único. Ambas realidades están en conexión mutua y en continua interacción con el universo. Desde la fenomenología se explica la representación que cada individuo configura de la realidad que le rodea y le ayuda a entenderla (21). Gracias a nuestras propias experiencias, las personas construimos un sistema de valores subjetivo de referencia, que nos

permite interpretar los fenómenos que nos ocurren, entre otros, la salud y la enfermedad (22).

Para Watson, las fuerzas fenomenológicas son fuente de transformación y sanación. Las personas atribuimos un significado a todo lo que nos ocurre, por lo que toda experiencia conlleva una interpretación interior que nos permite aprehenderla. Estos significados marcan la dirección de nuestra relación con el universo. Ante experiencias nuevas, nos dejamos guiar por nuestros significados internos para incorporarlas en nuestra propia visión del mundo. De este modo, las fuerzas fenomenológicas son fuerzas transformadoras, ya que al atribuir un significado diferente a una experiencia, transformaremos la interpretación de la realidad de la persona, su visión del mundo y su relación con el universo (12). Se pueden fomentar así, una relación con el universo que le rodea constructiva, positiva y sanadora. La enfermería tiene como función favorecer el desarrollo del potencial humano hacia la armonía entre cuerpo, alma y espíritu (23) y para ello ayuda a las personas a asignar nuevos significados a las experiencias de salud-enfermedad que les acontecen, para promover esta armonía (17).

Uno de los puntos de partida de la teoría de Watson es la convicción de que el cuidado solamente puede ser practicado de manera interpersonal. Para cuidar es imprescindible relacionarse con la otra persona y entrar en su campo fenomenológico. El cuidado se basa en la relación transpersonal intersubjetiva que se establece con la persona cuidada. Tanto la persona que cuida como la que recibe los cuidados, tienen su propia visión del mundo, sus significados y su sistema de valores extraído de su relación con el universo. Cuidar supone entrelazar estas dos realidades internas que inevitablemente van a interactuar la una sobre la otra y a transformarse (24). Es decir, la relación transpersonal supone un encuentro entre las realidades subjetivas de ambos durante un momento de cuidado compartido, que va más allá de ambos (23).

Este momento de cuidado es descrito como una unión consciente, intencionada y significativa entre dos personas, en la que se intercambian experiencias que permiten a cada uno ampliar su visión del mundo y les conduce a un crecimiento espiritual y un descubrimiento de sí mismo y de nuevas

posibilidades (25). Este intercambio de experiencias conlleva una transformación mutua y la identificación de nuevos significados, que son nuevas aportaciones a la visión del mundo de cada uno (22). De este modo, cuidar se considera un proceso intersubjetivo de conexión ente dos personas que comparten una experiencia en un plano espiritual, más profundo y consciente, que trasciende a ellos mismos (20). El momento de cuidado es un encuentro con la otra persona a nivel espíritu-espíritu, que tiene la capacidad transformadora de liberar los sentimientos o pensamientos subjetivos que bloquean su armonía (23).

En relación con el proceso de salud-enfermedad que atraviesa el paciente, la enfermera llega hasta la realidad más íntima y personal del paciente, facilita que éste comunique sus sentimientos, miedos y deseos, honrando así su historia de vida, lo que ésta significa para el paciente y se compromete con el proceso de cuidado-sanación (26). Al expresar sus sentimientos y compartirlos con la enfermera, éstos se experimentan de forma más completa, se interpretan, y ayudan a la persona tomar las decisiones oportunas dirigidas a la promoción de su salud y la armonía consigo y con el mundo (15). En otras palabras, el cuidado transpersonal ayuda a la persona a acceder a su potencial sanador interior, liberando la energía bloqueadora que conlleva la desarmonía.

La entrada del cuidador en el campo fenomenológico de la persona cuidada supone una comprensión profunda y aceptación de su condición interior, del conocimiento tanto de sus necesidades, como del significado que se le ha atribuido. La empatía y la sensibilidad son herramientas esenciales de los profesionales de enfermería para comprender los sentimientos y significados de cada paciente ante los eventos de la vida, en particular, la enfermedad (27). Para entender los sentimientos del paciente, se debe empezar por reconocer el sistema de valores propios y su autoaceptación (22). Las enfermeras que desarrollan la sensibilidad hacia uno mismo a través del reconocimiento de los propios sentimientos están mejor preparados para explorar los sentimientos de los demás y ayudarles en la expresión de los mismos (26). Es fundamental que los profesionales de enfermería desarrollen una sensibilidad hacia ellos mismos que les permita identificar y gestionar sus emociones, lo que da paso al

reconocimiento y respeto del otro (28). El encuentro trascendente espíritu-espíritu, conlleva la transformación y crecimiento de ambos. Luego, la práctica del cuidado transpersonal supone una actitud abierta y empática, y no sería posible sin una disposición a exponer, compartir y transformar el yo interno propio en favor del crecimiento espiritual. Se requiere un pensamiento global, abierto, flexible, positivo y humanista, una concepción trascendente del cuidado más allá de las prácticas curativas (29).

La interpretación de Watson del proceso de cuidar y su visión de la enfermería se resume en sus diez Factores de Cuidado. Estos recogen todo lo que la enfermera necesita para ejercer el cuidado (15):

1. Sistema de valores humanísticos y altruista.
2. Fomentar la fe y esperanza.
3. Sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
4. Relación de cuidados humanos de ayuda y confianza.
5. Expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Usar la creatividad para resolver problemas.
7. Enseñanza y aprendizaje transpersonal.
8. Apoyo protección o corrección, mental, física, sociocultural y espiritual.
9. Satisfacer las necesidades humanas
10. Aceptación de las fuerzas existenciales fenomenológico-espirituales.

Si se considera cuidar como un proceso transpersonal e intersubjetivo de intercambio de experiencias y modulación de significados, entonces las relaciones de cuidado son una excelente oportunidad de aprendizaje del arte de cuidar. Las relaciones de cuidado que experimenten durante su formación proporcionan a los futuros profesionales de enfermería un referente para la comprensión e interiorización del cuidado y un modelo para las futuras relaciones de cuidado que establezcan en su desempeño profesional (30).

1.1.3. Concepto de cuidado

La literatura enfermera disponible refleja una falta de claridad y consenso en torno al significado y definición del concepto de cuidado (31). A pesar de suponer un gran reto, la alta significación de la actividad en sí misma y sus resultados, animan a las enfermeras a seguir trabajando en ello (32). Recientemente se han revisado los trabajos que describen el cuidado enfermero desde un abordaje cualitativo. Söderlund reanalizó sus propios trabajos sobre la descripción del cuidado por profesionales, pacientes y familiares. De esta manera, en sus conclusiones determinó que el cuidado es interpretado como una invitación a todos los agentes implicados a un clima de comunión en el que impera la dignidad y el bienestar tras aliviar el sufrimiento, y que la salud se entiende como una experiencia significativa de plenitud y coherencia con la vida (33).

Las conclusiones de Drahošová apuntan al cuidado entendido como un proceso interpersonal específico y satisfactorio, que se caracteriza por unos conocimientos, habilidades, sensibilidad y madurez profesional; que tiene como resultados la protección, el apoyo emocional y la satisfacción de las necesidades bio-psico-sociales de los pacientes (32). Esta idea de proceso interpersonal es secundada por el meta-análisis conducido por Finfgeld-Connett, según el cual, el proceso se desarrolla en un contexto específico de experiencia práctica, sensibilidad y relaciones cercanas. Por parte de la enfermera requiere madurez profesional y compromiso moral, y por parte del paciente, una apertura y necesidad de cuidado. Como consecuencia, se obtiene bienestar físico para el paciente y bienestar mental para ambos (34).

Otras revisiones aportan nuevas perspectivas en la interpretación del cuidado. Sargent revisó los recientes análisis conceptuales del cuidado, concluyendo que debería reconsiderarse el papel protagonista del cuidado en la profesión, dado que definir la enfermería exclusivamente con el concepto de cuidado, puede limitar el rol profesional. Propone considerar el cuidado como el discurso fluido y circunstancial de la práctica enfermera, en lugar del concepto central fijo que la guía (35). La revisión realizada por Cook et al. les llevó a

considerar el cuidado como un concepto paraguas para tantas ideas, actitudes y acciones, que resulta difícil concentrar el concepto en una sola definición. La ambigüedad asociada al concepto de cuidado es precisamente lo que lo convierte en un foco tan apropiado para una profesión tan variada y plural como la enfermería. Por lo tanto, dado que el fenómeno es cada vez más complejo, resulta menos importante tener una simple definición del cuidado, y más conveniente poder representar de forma completa la variedad de atributos de la profesión enfermera (36). Scott et al. tras analizar las demandas y los desafíos a los que se enfrenta la profesión en el siglo XXI, señalan dos elementos clave para la conceptualización de la práctica de enfermería. Por un lado, la protección de la seguridad del paciente y la prestación de atención de calidad y, por el otro, la atención humanizada del paciente que incluye apoyo psicológico y emocional cuando sea necesario. Esta forma de entender la práctica enfermera implica una demanda para que los profesionales tengan competencias técnicas acompañadas de una fuerte personalidad (37). Por su parte, Leyva et al. revisaron los estudios cualitativos y cuantitativos relacionados con la conceptualización del cuidado. Los resultados les conducen a describir el cuidado como un conjunto de comportamientos que se exhiben en la interacción enfermera-paciente, influenciada por características personales, culturales y por el entorno donde se desarrolla. Estos comportamientos abarcan conocimientos y habilidades (contacto, escucha activa, comunicación efectiva, apoyo, abogacía, participación activa y competencia) y actitudes (amabilidad, humanismo, empatía, ausencia de juicio de valor, dulzura, comprensión respeto y presencia) (38).

El cuidado es un tema de interés para la enfermería en sí mismo, dado que se considera su componente esencial. Por tratarse del núcleo de la disciplina enfermera, es frecuentemente estudiado y la literatura disponible que versa sobre este concepto es muy amplia (35). A pesar de esta proliferación de trabajos y de tratarse del principal objeto de estudio de la enfermería, no hay un consenso sobre la conceptualización del cuidado (31) y su conocimiento permanece en un nivel filosófico (39). La naturaleza imprecisa del propio concepto favorece la multiplicidad de posturas sobre su interpretación según las

circunstancias culturales o ideológicas (31). Resulta paradójico que la disciplina enfermera no cuente con una definición clara de su concepto central.

1.1.4. Teorías de aprendizaje

En la docencia, dado que el cuidado es un valor fundamental en la enfermería, la capacidad de cuidar debe ser una aspiración para los estudiantes de enfermería (40). Los planes de estudios deben centrarse en cuidar y ofrecer a los estudiantes una apreciación general del cuidado para que sean capaces de ejercer su rol profesional de cuidadores (41). Sin embargo, educar en el cuidado es un reto difícil. El cuidado es un concepto complejo y subjetivo, que se sitúa en la esfera cultural e íntima de la persona, de forma que su naturaleza ambigua y privada hace difícil su estudio (42). Dado que cada individuo lo conforma a lo largo de su proceso de maduración, según sus propias experiencias de cuidado e incorporando las expresiones de cuidado de su comunidad cultural de referencia (15); su aprendizaje se puede enmarcar dentro del paradigma del constructivismo. Esta corriente parte de la idea de que la realidad es externa a la persona e inalcanzable y solamente podemos aproximarnos a ella mediante interpretaciones que surgen de nuestras propias experiencias (43). Así, lo que conocemos del mundo real es un conjunto de representaciones que dependen en forma y contenido de las personas que las hayan construido (44). Esta forma de entender la realidad es congruente con la ambigüedad del concepto de cuidado, que está sujeto a múltiples interpretaciones sin que exista un consenso sobre su definición, y permanece en un nivel abstracto e inalcanzable (35).

Según el constructivismo, el aprendizaje se construye basándose en el conocimiento previo (45), de forma que el aprendizaje es un proceso de construcción cognitiva de significados y atribución de sentidos que resulta de la interacción del individuo con su medio (46). La persona es un agente activo responsable de su propio conocimiento, significados y emociones y la encargada de construir las representaciones de la realidad que le rodea y con la que interactúa (47). Piaget, defiende que el aprendizaje es el resultado de superar el desequilibrio entre el proceso de asimilación y el de acomodación. La asimilación consiste en adquirir información del entorno externo que rodea a la

persona. Esta información es interpretada por el individuo integrando sus esquemas y estructuras cognitivas previas. La acomodación es la modificación de los esquemas ya existentes de acuerdo con la nueva información procesada. Al superar el desajuste o conflicto cognitivo entre asimilación y acomodación, se reconstruye el conocimiento (48). La labor del docente consiste, por tanto, en desencadenar conflictos cognitivos que conduzcan al alumnado a una zona de desajuste óptimo en la que la nueva información tenga un nivel de dificultad accesible para que el conflicto se supere y se reconstruya un nuevo conocimiento (49). En el ámbito de la formación enfermera, el estudiante posee sus propios esquemas sobre el cuidado, que ha construido previamente con sus experiencias personales. Para facilitar el aprendizaje, el docente debe fomentar nuevas experiencias de cuidado para que los estudiantes las asimilen y acomoden, y así construyan y amplíen su concepto de cuidar. Un entorno de aprendizaje enfermero es constructivista cuando promueve el aprendizaje significativo a través de experiencias que conducen a la integración de nuevas ideas en el conocimiento previo (47).

Dentro del marco del constructivismo, Vygotsky postula el constructivismo sociocultural, que concede especial importancia al contexto en el que se desarrolla la construcción del conocimiento y a las interacciones con los demás (50). Vygotsky entiende el aprendizaje como un proceso interno, activo e interpersonal, ya que las personas aprenden y se transforman constantemente a través de sus interacciones sociales (51). Es decir, el aprendizaje desencadena varios procesos cognitivos internos que toman forma cuando las personas interaccionan con otras dentro de una misma cultura, actuando estas últimas como cooperantes o facilitadoras del aprendizaje (47). Este autor, describe la zona de desarrollo próximo como la diferencia entre el nivel de desarrollo que puede alcanzar una persona al ejecutar una tarea y el nivel de desarrollo al ejecutarla con la mediación de otras personas, como por ejemplo docentes o colegas (52). En esta zona, el docente puede ejercer su papel de facilitador del aprendizaje promoviendo la asimilación de conceptos a través de las relaciones que establece con el alumnado (51). Las ideas de Vygotsky son apropiadas para el aprendizaje del cuidado porque este es un fenómeno interpersonal, que

solamente ocurre en el seno de una relación recíproca entre dos personas en las que ambas crecen y aprenden (38). El estudiante de enfermería puede ejercer un nivel de cuidado, pero gracias a las relaciones con sus profesores, tutores clínicos, otros estudiantes, pacientes y familiares, puede llegar a ejercer un nivel aún más alto de cuidado enfermero.

En la línea del constructivismo, el aprendizaje experiencial tiene especial relevancia en la formación enfermera, ya que gira en torno a la experiencia significativa de la persona que aprende. Las experiencias son significativas cuando se contextualizan en un entorno físico y social y provienen de actividades que desarrolla el propio alumno (51). Dewey describe cuatro fases en el proceso de aprendizaje: experiencia concreta, reflexión, conceptualización abstracta y aplicación. La experiencia es el punto de partida del aprendizaje, de manera que esta se interpreta a través de la reflexión y conceptualización y permite transferir el nuevo conocimiento a situaciones similares (53). Una experiencia en sí misma no es suficiente para generar conocimiento, sino que es necesario que la persona la procese cognitivamente, le encuentre sentido, la relacione con el conocimiento previo y con las posibles consecuencias (54). Desde este enfoque, el papel del educador consiste en generar un entorno rico en experiencias que estimulen el aprendizaje y dinamizar el proceso cognitivo de reflexión, conceptualización y aplicación (55). Los responsables de la formación del cuidado deben promover experiencias de cuidado generadoras de conocimiento en los estudiantes, y guiarles en su proceso de reflexión y experimentación con las mismas.

El aprendizaje del cuidado también podría explicarse desde la teoría del aprendizaje social de Bandura, que combina factores personales, ambientales y comportamentales (56). Esta teoría se basa en la observación y en la imitación de modelos sociales que se convierten en referentes para la persona que aprende (57). El método de observación y repetición permite adquirir competencias instrumentales de corte operativo y conductuales que no sería posible adquirir por otros medios como el ensayo y error (58). No se trata de repetir de forma automática las conductas de los demás, sino de elegir

conscientemente los comportamientos observados que son merecedores de ser imitados (57). Entre la observación y la imitación hay un proceso cognitivo en el que intervienen la atención activa, la retención de los comportamientos del modelo, la reproducción motora y la motivación (59). Es más probable que los aprendices imiten un comportamiento que genere un resultado funcional que ellos valoren, o un comportamiento que provenga de un modelo similar a ellos o de una persona a la que admiran (60). En la formación enfermera el aprendizaje por modelaje es muy frecuente, especialmente en el entorno clínico. Puesto que los estudiantes de enfermería ven a sus docentes como referentes profesionales, desde una perspectiva de la admiración, estos están en una posición idónea para mostrar comportamientos de cuidado en sus relaciones con los estudiantes, elegibles para ser imitados.

En resumen, aprender a cuidar es un proceso en consonancia con la corriente del constructivismo, en particular el constructivismo sociocultural, y las teorías del aprendizaje experiencial y el aprendizaje social.

Otro elemento a tener en cuenta en la formación enfermera es el estilo de aprendizaje del alumnado. Este se describe como el conjunto de mecanismos cognitivos que la persona elige preferentemente, para seleccionar, percibir y comprender la información, y construir así su conocimiento (61). Es decir, es la estrategia de aprendizaje de cada uno, la manera en que cada persona procesa y asimila la información que recibe. Para lograr objetivos de aprendizaje concretos, cada persona tiene su propia forma de enfrentar, planificar y organizar los contenidos (62). Es interesante conocer el estilo de aprendizaje del alumnado porque permite identificar sus necesidades formativas y adaptar las metodologías docentes para un aprendizaje más efectivo, con mejores resultados y crear un clima de participación (63). La disonancia entre las metodologías docentes y los estilos de aprendizaje pueden conducir al aburrimiento, desmotivación e incomodidad (64).

Alonso describe cuatro estilos de aprendizaje de los estudiantes: *activos*, se implican en las experiencias nuevas y en la acción, son entusiastas, creativos y descubridores; *reflexivos*, priorizan la observación frente a la acción

considerando las alternativas, son analíticos, concienzudos e investigadores; *teóricos*, establecen relaciones, buscan una estructura lógica e integran los hechos en teorías coherentes, son metódicos, críticos y sintéticos; *pragmáticos*, buscan la funcionalidad y la eficacia, son prácticos, directos y disfrutan llevando a cabo lo aprendido (65). Los estudiantes de enfermería, aunque muestran varios estilos de forma simultánea (63) y estos pueden evolucionar a lo largo del periodo formativo (61), reconocen mayoritariamente un estilo de aprendizaje reflexivo (61, 63, 66). Esto significa que antes de actuar acumulan datos y profundizan en ellos, reúnen y meditan la información antes de tomar una decisión y pasar a la acción (66). Por lo tanto, antes de iniciar una relación de cuidado, los estudiantes observan las relaciones de cuidado más cercanas, como las que establecen con sus docentes, extraen información sobre ellas y la reflexionan para ponerla en práctica en su relación con pacientes y familiares.

Gracias a la reflexión el alumno identifica sus fortalezas, debilidades y necesidades formativas (67). Es una estrategia que facilita integrar la teoría con la práctica (68), el desarrollo de la identidad profesional y el reconocimiento propio como profesional de enfermería (69). La reflexión promueve que los estudiantes se enfrenten a los aspectos afectivos del cuidado y favorece el proceso de transformación y maduración como futuros profesionales de enfermería (67). Esta es una estrategia muy valorada por los estudiantes, la consideran una necesidad a la que la facultad debe dar respuesta (70). La práctica de la actividad reflexiva que conduce al aprendizaje constructivo solamente puede llevarse a cabo a través de una relación pedagógica.

1.1.5. Relación docente-estudiante

A lo largo de su periodo formativo, los estudiantes establecen relaciones interpersonales con sus docentes que influyen en su proceso de aprendizaje. Estas relaciones son altamente significativas para los estudiantes y suponen el eje fundamental para el desarrollo del aprendizaje como enfermero (70). Las relaciones de naturaleza pedagógica se basan en la empatía, el diálogo, la disposición, la confianza, la responsabilidad, la autonomía y la preservación de la dignidad de la persona (71). Los estudiantes de enfermería describen las

relaciones interpersonales positivas como una comunicación clara entre personas que suscita la confianza, comprensión mutua, apoyo y respeto (72).

En España, la Declaración de Bolonia firmada en 1999 por los ministros de educación supuso una profunda reforma de los estudios de enfermería, tanto en la estructura como en la orientación de los mismos (73). Las enseñanzas universitarias se organizan en tres ciclos, Grado, Master y Doctorado, y los estudios de Grado se dimensionan en 240 créditos ECTS que deben incluir toda la formación teórica y práctica conducente a la obtención del título (74). Desde entonces, la formación clínica adquiere especial relevancia, estableciéndose 90 créditos ECTS para prácticas en forma de rotatorios independientes en centros asistenciales y con una evaluación final de adquisición de competencias (75). El *Prácticum* pasa a ser considerado un componente integrado en el plan de estudios, con función formativa propia, y tiene como objetivo ayudar a alcanzar el perfil profesional completando los conocimientos académicos con la experiencia en un entorno laboral (76). Este nuevo enfoque docente del periodo práctico hace necesaria una organización de agentes preparados para facilitar el aprendizaje en el entorno clínico y un plan de coordinación entre ellos (77).

En este escenario, los estudiantes cuentan con dos perfiles diferenciados de docentes. Por un lado, los profesores académicos que les preparan para el ejercicio profesional con conocimientos y métodos científicos desde el centro universitario (78). El nuevo enfoque del Espacio Europeo de Educación Superior considera al estudiante protagonista de su propio aprendizaje y al profesorado le otorga un papel de guía y orientador. Estos nuevos roles requieren nuevas metodologías docentes más participativas que fomenten la motivación, el aprendizaje reflexivo y ayuden al alumnado a adquirir competencias para su futuro desempeño laboral (77). Aunque las metodologías sean dinámicas y las competencias que se trabajan sean de naturaleza teórico-prácticas, la labor del profesor académico se circunscribe al centro universitario.

Por otro lado, el alumnado cuenta con otro perfil de docente, el tutor clínico. Este es un profesional de la salud, que durante su jornada laboral se encarga de la formación práctica del alumno que le haya sido asignado (77).

Sus funciones son tutelar el desarrollo de las prácticas y elaborar informes personalizados de evaluación de adquisición de competencias al finalizar el periodo de aprendizaje (79). Se trata de un profesional experimentado, que orienta y apoya al estudiante, con una actitud abierta y de diálogo, haciéndoles partícipes del proceso de aprendizaje (80). El tutor clínico proporciona al alumnado una formación desde la experiencia profesional asistencial (76). Ambos perfiles de docente, profesor académico y tutor clínico interaccionan con los estudiantes e influyen en el modelo de cuidado que estos adquieren. Es esencial que los tutores clínicos trabajen de forma coordinada con los docentes académicos y estos últimos les proporcionen su apoyo, guía y colaboración (81).

En el medio académico universitario, los estudiantes configuran un currículum holístico gracias a un ambiente en el que el profesorado se caracteriza por la flexibilidad, la disponibilidad, la simpatía y la disposición (82). El profesorado que tiende a relacionarse con los estudiantes favorece un clima enriquecedor para el desarrollo, estimula el aprendizaje y promueve la integridad de los estudiantes (83). Estas relaciones son dinámicas y progresivas, inicialmente los estudiantes buscan principalmente una relación funcional, es decir, persiguen obtener información sobre el desarrollo del curso, y a medida que avanza el semestre, se interesan más por una relación de naturaleza personal, buscando causar una buena impresión en el docente (84).

En el medio asistencial, la teoría se entrelaza con situaciones clínicas y en este proceso, poco a poco los estudiantes se convierten en enfermeros (70). Un clima de apoyo ayuda al estudiante a comprender el cuidado del paciente, a aplicar los conocimientos y a adquirir competencias clínicas (68). Los tutores clínicos desempeñan un papel crucial en la integración del conocimiento teórico en la práctica clínica por parte de los estudiantes, facilitando su juicio clínico y favoreciendo el desarrollo de su identidad profesional (85). El tutor facilita la seguridad, empoderamiento, confianza y libertad necesarios para el progreso del estudiante hacia una práctica autónoma (71). El entorno clínico debe proporcionar las interacciones y retroalimentación apropiados por parte

del personal, para mejorar la autoconfianza de los estudiantes y su capacidad de aprendizaje (86).

Las interacciones docente-alumnado tienen un gran efecto tanto en el proceso de aprendizaje como en los resultados. Alumnos de enfermería han reconocido que su éxito académico se debe a las relaciones positivas compartidas con sus docentes (83). El enfoque centrado en la persona por parte del docente contribuye al sentimiento de bienestar de los estudiantes. Un docente cercano y respetuoso les permite expresarse de forma segura, desarrollándose así los estudiantes de forma holística en un plano social, emocional y académico (87). Las experiencias positivas durante las prácticas clínicas son un elemento esencial en la formación de los estudiantes porque influye tanto en los resultados de aprendizaje como en la aculturación en la profesión enfermera (86). La socialización es el proceso a través del cual una persona adquiere los conocimientos, habilidades e identidad que caracteriza una profesión en particular (30). Los estudiantes de enfermería experimentan su proceso de socialización a lo largo de su formación, cuando comienzan a configurar las características y actitudes de la profesión (88). Una relación profesional y de cuidado entre los estudiantes y el personal de enfermería contribuye no solo a la formación del estudiante, sino también a su perspectiva general de la profesión (86).

Por otro lado, los problemas en las relaciones interpersonales son una fuente de estrés para los estudiantes de enfermería, que puede conducirles a situaciones de ansiedad y depresión (89). Este estrés, unido a un entorno carente de apoyo, afecta negativamente al proceso de socialización (30). La calidad de la experiencia de aprendizaje depende del docente, un tutor poco efectivo conduce a una formación incompleta y consecuentemente, a unos cuidados de baja calidad (85). Las actitudes negativas por ambas partes en las relaciones entre docentes y estudiantes ponen en riesgo la calidad de la profesión (86).

Los estudiantes saben reconocer las características de los docentes facilitadores del aprendizaje. Estos, aprecian que los tutores demuestren interés por su bienestar y aprendizaje, una atención y orientación personalizada y que

sean flexibles respondiendo a los eventos inesperados (90). Han identificado como atributos de los tutores en el área clínica la amabilidad, la empatía, el conocimiento, la experiencia, la paciencia y las habilidades docentes (91). El alumnado describe la relación pedagógica ideal desde un abordaje colaborativo, es decir, compartir los problemas relacionados con el cuidado del paciente, de tal modo que el tutor enseña y aprende a la vez (71). Los estudiantes valoran positivamente a los docentes accesibles, que les proporcionen apoyo y ayuda (92). La autenticidad es un elemento precursor de relaciones interpersonales positivas en la facultad, esto es, mostrarse uno mismo, con cercanía, atención y comprensión ante los estudiantes (83). La presencia plena facilita una conexión pedagógica intersubjetiva, un encuentro reflexivo y consciente (71). El aprendizaje de las habilidades clínicas está determinado por los estilos personales del tutor y el estudiante, por lo tanto, las relaciones interpersonales entre ambos dependen de cómo encajen y se acoplen sus estilos (30). Se han identificado cuatro características básicas de los tutores clínicos para un aprendizaje efectivo: competencia profesional, habilidades interpersonales, personalidad y habilidad docente (93). Los estudiantes valoran especialmente las relaciones interpersonales que establecen con los tutores clínicos y los comportamientos de cuidados que estos les transmiten (85). Aunque los estudiantes precisan ser supervisados de cerca, solicitan vivir sus propias experiencias de cuidado humanizado para desarrollar su propia personalidad (94).

En relación con el aprendizaje del cuidado, por un lado, cada individuo lo construye a lo largo de su trayectoria de vida incorporando nuevos significados asociados a las experiencias personales vividas al respecto (15). Por otro lado, la concepción de cuidado se desarrolla en el seno de una relación interpersonal basada en la confianza y protección en la que se comparten sentimiento y experiencias (95). Por lo tanto, el cuidado se puede aprender experimentado interacciones de cuidado en la facultad, en un ambiente de relaciones cercanas docente-estudiante.

La formación enfermera incluye construir relaciones interpersonales estables con los docentes, profesionales sanitarios, otros estudiantes, pacientes y familiares, que ayudan al estudiante a tejer su propia experiencia frente al cuidado, es decir, estos colectivos actúan como recursos de aprendizaje y retroalimentación (96). La relación que se produce entre estudiantes y profesores ayuda a los estudiantes a crecer como personas que cuidan, con lo que la formación enfermera es una oportunidad para desarrollar, mejorar y promover comportamientos de cuidado en los estudiantes (97). A través de relaciones de cuidado con los estudiantes se aprenden dimensiones del cuidado que con frecuencia son invisibles (70). Es importante cuidar de los estudiantes de enfermería durante su periodo de formación, porque es cuando aprenden sobre la esencia de la profesión y configuran sus propios valores a medida que avanzan en el programa de estudios (90). Cuidando a los estudiantes se les enseña a cuidar, de forma que, en su interacción con el paciente, repetirán el modo que aprendieron cuando fueron cuidados (71). El cuidado y respeto que reciben de sus instructores influye en su visión de ellos mismos y les impulsa a ser mejores proveedores de cuidado. Por lo tanto, los docentes deben construir un entorno de aprendizaje donde los estudiantes se sientan cuidados, ya que esto les moldeará como futuros agentes de cuidado (85).

1.1.6. Aprendizaje del cuidado

Como se ha expuesto anteriormente, el cuidado es el concepto central de la enfermería, por lo tanto, aprender a cuidar debería ser el principal objetivo de la formación enfermera. La complejidad del fenómeno de cuidar y su naturaleza cultural y ambigua dificulta su aprendizaje. Como se ha mencionado anteriormente, el bagaje de experiencias de cuidado de cada persona modula la comprensión del concepto y la forma de expresarlo a los demás.

Favorecer experiencias de cuidado es una forma de incorporar nuevos significados a este concepto y un medio de aprendizaje significativo y efectivo para el futuro desempeño profesional. La formación enfermera es un escenario ideal para promover y desarrollar el cuidado en los estudiantes porque conlleva relacionarse e involucrarse con otras personas (98). Hay estudios que demuestran que las relaciones de cuidado entre los docentes y los estudiantes permiten su crecimiento como profesionales de enfermería generando momentos de cuidado, y que una relación positiva con los tutores clínicos es esencial para adquirir los atributos del cuidado (99). La influencia de los docentes en el alumnado es especialmente fuerte en el desarrollo moral de la práctica enfermera (100). A través de la modelización, el alumnado interioriza el ejemplo de cuidar que les transmiten los docentes con sus acciones (101).

El ambiente de cuidado influye en el bienestar de los estudiantes, aumenta su confianza, su motivación y les ayuda a aprender a cuidar de manera profesional (102). Un ejemplo de práctica desprovista de cuidado hace que los estudiantes se sientan vulnerables y se alejen del cuidado humanizado (103). Entornos académicos de cuidado disminuyen la tasa de abandono y favorecen la finalización de los estudios de enfermería (102). Además, el cuidado ha sido considerado como un importante indicador y la base de la calidad de la educación en enfermería (104).

Las primeras autoras que introdujeron el revolucionario cambio de una formación centrada en la ejecución de habilidades, a la formación centrada en la experiencia de cuidar fueron Bevis et al. (105). Estas autoras defienden que el aprendizaje va más allá del plano intelectual, es una experiencia global que incluye cuerpo y alma, mente y corazón. La totalidad de la experiencia fomenta la interiorización y desarrollo de la creatividad, el arte y la imaginación. Consideran que aprender es un proceso de relación igualitaria e intercambios entre alumnos y profesores, con una intencionalidad expresa de que ocurra el aprendizaje. Para ello, es preciso facilitar un entorno de cuidado y respeto donde los estudiantes

se sientan seguros para expresar sus ideas, preguntas o pensamientos emergentes, así adquieren competencias de pensamiento crítico, creatividad y las posibilidades de potencial humano son infinitas. La humanización de la formación enfermera significa reconocer la individualidad del estudiante y las múltiples fuentes de conocimiento, entre ellas, la experiencia. Aprender es un proceso de elaboración de significados único para cada individuo desde su experiencia propia (105).

El meta-análisis realizado por Beck en 2001 (106) sobre el cuidado dentro de la educación enfermera concluye que los estudiantes necesitan experimentar cuidado en su entorno educativo para aprender a cuidar de los pacientes. Beck describe el cuidado como una experiencia contagiosa, cuando alguien se siente cuidado tiene el deseo y la inercia de cuidar a los que les rodean. Los docentes pueden desencadenar un efecto dominó empezando por cuidarse entre ellos, que se contagie a los estudiantes, estos se cuiden entre sí, y por ende, a los pacientes. El cuidado debe considerarse una forma de ser para los docentes y estudiantes de enfermería. Esta autora interpretó el cuidado en la formación enfermera como una conexión recíproca que requiere 5 elementos como se ilustra en la Figura 1 (106):

- Presencia: auténtica predisposición para entrar en el mundo del otro.
- Compartir: dar de forma generosa y espontánea sin esperar nada a cambio.
- Ayuda: ayudar al otro de forma libre e incondicional.
- Competencia: tener los conocimientos y habilidades para responder a las necesidades.
- Efectos estímulo: consecuencias del cuidado que inspiran a continuar (sentirse respetado, sentimiento de pertenencia, crecimiento, transformación, aprendizaje del cuidado y deseo del cuidado).

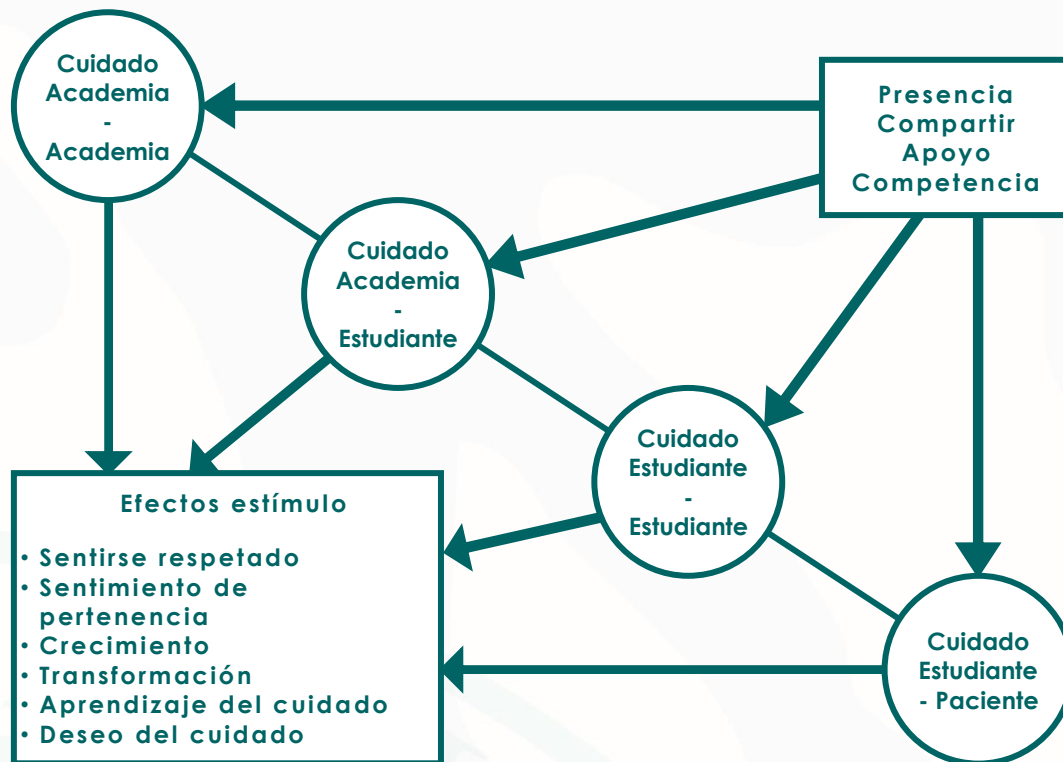


Figura 1 - Elementos del cuidado como conexión recíproca en la formación enfermera Basada en: Beck CT. *Caring within nursing education: a metasynthesis. J Nurs Educ.* 2001;40(3):101–9 (106).

No se debe asumir que cuidar de los estudiantes es sinónimo de cuidar de los pacientes. Es un error hacer una analogía del cuidado a los pacientes en el entorno clínico y el cuidado a los estudiantes en el entorno educativo. Según Paterson et al. cuidar a los estudiantes un fenómeno interpersonal recíproco de intercambio de significados y experiencias, en el que la competencia del docente es esencial. El papel del docente incluye ayudar a los estudiantes a reflexionar sobre sus experiencias para hacer visibles prácticas de cuidado que de otro modo pasarían desapercibidas para el estudiante. La práctica del cuidado en estudiantes de enfermería debe ir acompañada de un proceso comunicativo y estrategias docentes específicas y efectivas que ayuden a los estudiantes a reflexionar e interiorizar el concepto de cuidado a partir de la experiencia de sentirse cuidado (107).

Una autora de referencia en la integración del cuidado en la educación es Noddings. Esta autora interpreta el cuidado dentro de una relación en la que una persona motivada hace algo por la otra, y ésta se lo reconoce. El cuidador

se encuentra en una situación de *engrossment*, descrita como una apertura incondicional y receptividad que le vincula al otro. Desde este estado, el cuidador siente lo que ella denomina el desplazamiento motivacional, que es la energía que mueve hacia los proyectos y necesidades del otro. Esta energía le conduce a tomar decisiones y actuar a favor de la persona cuidada, que recibe y reconoce los beneficios del cuidado (108). Noddings considera que todas las personas tienden a cuidar por su propia naturaleza, por lo que es preciso enseñar una ética para el cuidado, que ella describe como la educación moral para cuidar. La ética del cuidado es la condición deseada que permite mantenernos en la relación de cuidado y que refleja nuestro ideal de cuidador. La educación moral para cuidar comprende 4 componentes (109):

- Modelado: el propio ejercicio del cuidado representa un ejemplo que guíe a los demás sobre cómo practicar el cuidado.
- Diálogo: una apertura hacia el otro, una exploración conjunta para buscar significados.
- Práctica: para desarrollar la competencia de cuidador es preciso participar en actividades y procesos de cuidado.
- Confirmación: atribuir al comportamiento la mejor motivación posible que lo refuerce.

Recientemente, en 2018, Chinn et al. han integrado las teorías de Noddings con el modelo del cuidado *Critical Caring* y la teoría *Power and Peace* para diseñar un modelo de aprendizaje del cuidado, el *Critical Caring Pedagogy Model* (110). Este modelo asume que la formación enfermera debe basarse en las teorías y conceptos propios de la disciplina. De este modo, los docentes enseñan los valores de la enfermería más intensamente y revelan significados más profundos de los contenidos que configuran el plan de estudios. Este modelo concede especial importancia a las relaciones interpersonales que ocurren en el aula, creando un ambiente de respeto y apoyo que favorezca el aprendizaje. *Critical Caring* es una forma de ser, unos conocimientos y una forma de actuar, que se desarrolla en el seno de una relación de ayuda y confianza para promover 5 áreas de aprendizaje:

- Uso de una perspectiva reflexiva sistemática.
- Compromiso con el aprendizaje transpersonal.
- Crear entornos de apoyo sostenibles.
- Satisfacer las necesidades y desarrollar competencias.
- Considerar la dimensión espiritual.

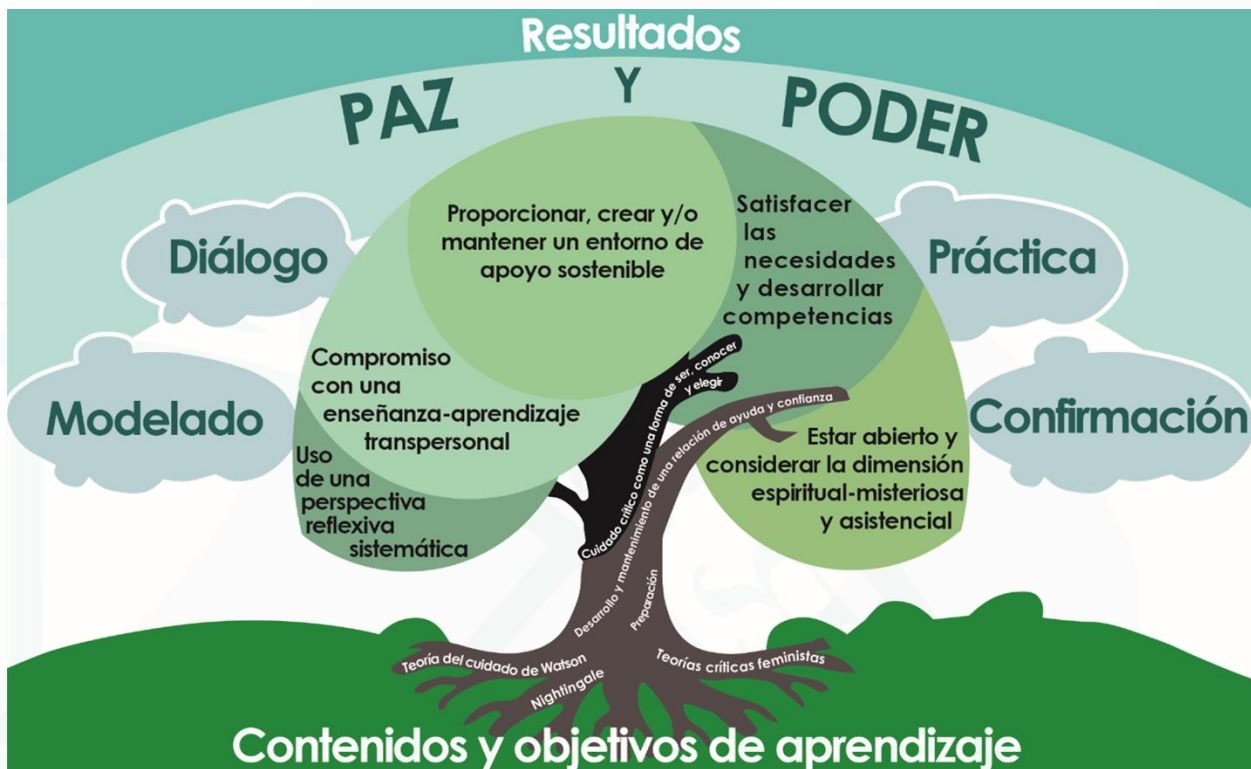


Figura 2 - Elementos del Critical Caring Pedagogy Model. Basada en: Chinn PL, Falk-Rafael A. Embracing the Focus of the Discipline of Nursing: Critical Caring Pedagogy. J Nurs Scholarsh. 2018;50(6):687-94 (110).

Las relaciones de poder están equilibradas de forma que el docente tiene poder con el alumno en lugar de sobre el alumno. Así, todas las voces son escuchadas, obteniendo como resultados de aprendizaje de los estudiantes una práctica coherente, empoderamiento, toma de conciencia de los significados, cooperación y el crecimiento personal y grupal (110).

Una de las estrategias más extendidas para el aprendizaje del cuidado es la mentorización. Esta se basa en el desarrollo de relaciones de cuidado entre dos personas del mismo entorno, en la que se intercambian conocimientos, ayuda y habilidades, y tiene como objetivo del crecimiento personal y

profesional del estudiante (111). Durante la mentorización, el estudiante tiene la oportunidad de trabajar con un profesional con experiencia, observarle, imitar sus habilidades y practicarlas bajo su supervisión en un entorno clínico seguro (112). En este contexto, se considera que un mentor es a un experto en un área clínica que invierte tiempo con el estudiante y le ofrece apoyo y guía en su desarrollo profesional (113).

La mentorización es un proceso de crecimiento y desarrollo que influye en la habilidad para cuidar a los demás de sus participantes, ya que entre ellos se crea un momento de cuidado, con conciencia mutua, respeto y apertura a nuevas posibilidades, del que ambos aprenden (114). El mentor promueve una relación de motivación para guiar y facilitar el aprendizaje del otro, que incluye componentes emocionales tales como la empatía, la ayuda, el asesoramiento y la orientación (111).

La observación, la práctica supervisada y la reflexión crítica que se realiza en conjunto con el mentor conduce a la adquisición de competencias (115). Estas competencias son de naturaleza actitudinal: el razonamiento clínico, procesamiento de la información, toma de decisiones, relaciones interpersonales, comunicación, garantía de calidad y práctica basada en la evidencia (116). Gracias a la mentorización, los estudiantes reducen su ansiedad, aumenta la confianza en sí mismos, la satisfacción con el entorno de aprendizaje y les ayuda a superar las dificultades en la adquisición de habilidades enfermeras (117).

Los beneficios de la mentorización son mutuos. Los mentores ganan conciencia de su estilo de liderazgo y confianza en sus habilidades docentes (117). La mentorización les permite aumentar sus conocimientos y les mantiene actualizados en las innovaciones (118). Los mentores obtienen reconocimiento, satisfacción con su trabajo y posibilidades de promoción laboral (119).

La mentorización también aporta beneficios para las instituciones. Gracias a ella se aumenta la retención del personal, el compromiso con la institución, reduciéndose la necesidad de reemplazo y el coste económico asociado (120). Se ha identificado que reduce las renunciaciones de los trabajadores y los costes por

negligencia, y por el contrario, aumenta la satisfacción con el trabajo y la identidad profesional (121).

Otra estrategia empleada para la enseñanza y aprendizaje del cuidado es el modelo de rol. Este consiste en la observación de un comportamiento o actitud en alguien a quien se admira y la consecuente imitación de este comportamiento o actitud en uno mismo (122).

Virginia Henderson fue pionera en defender el aprendizaje a través del ejemplo. Según ella, el aprendizaje de los conceptos enfermeros que orientan la práctica tiene su punto de partida en el propio estudiante, observando el ejemplo de las enfermeras expertas, especialmente de las docentes (13). Si el docente es apreciado como un referente de cuidado, los que le rodean pueden seleccionar percepciones y llevar a cabo acciones de cuidado propias de enfermería (123). El cuidado se puede aprender en la facultad por medio de la modelización, en relaciones de cuidado abiertas, de auténtica comunicación e interacción genuina entre ambas partes (101). Los docentes pueden acentuar el cuidado transmitido en su labor, especialmente cuando interactúan con los estudiantes o les proporcionan instrucciones sobre cuidar (124).

Un modelo de rol es un profesional que influye en los comportamientos del estudiante ya que ejemplifica los rasgos personales y profesionales que se esperan de una enfermera, y por lo tanto, son imitados (113). Los modelos de rol tienen un fuerte impacto en los estudiantes y aprenden de ellos, tanto si es una acción planeada e intencionada como si no (112). El modelo de rol permite a los estudiantes adquirir conocimientos, competencias e identidad profesional y les ayuda a comprender las normas culturales y valores propios de la profesión (113). Las enfermeras que actúan como modelo, pueden fomentar una práctica humanizada cuando consideran al estudiante como el centro de su docencia y un individuo único y genuino (125). El modelo de rol influye en la socialización profesional de los estudiantes ya que les facilita la interiorización de los valores profesionales distintivos de la enfermería (126). El impacto de los modelos de rol en los estudiantes de enfermería es tal, que incluso obtienen un aprendizaje de los modelos no ejemplares, ya que reconocen en ellos el tipo de profesional en

el que no quieren llegar a convertirse (122). El modelo de rol influye significativamente en la aceptación, comprensión y reconocimiento de la necesidad de cuidado de los futuros profesionales (127).

Los modelos provienen tanto del ámbito clínico, donde los estudiantes observan directamente su desempeño profesional, como del ámbito académico, pues los docentes en el aula también contribuyen al desarrollo de comportamientos y actitudes del alumnado (128). Si el profesor crea una atmósfera de cuidado en el aula, el alumno capta y absorbe comportamientos y actitudes que pueden reproducir posteriormente en sus actividades profesionales (129). Los estudiantes son capaces de distinguir entre los comportamientos que desean imitar y los que no, identificando las características de un buen modelo de rol y un ejemplo de rol que es preferible no seguir (113). En el entorno asistencial, un buen modelo de rol ha sido descrito como una enfermera ejemplar con extensos conocimientos y habilidades clínicas, así como habilidades interpersonales (122). Cuando estos profesionales les ofrecen apoyo, fomentan la confianza creando un ambiente seguro, comparten sus conocimientos y les proporcionan feedback, los estudiantes se sienten motivados a imitarlos (130). En el entorno académico, un buen modelo de rol ha sido descrito como un profesor que demuestra entusiasmo y actitudes positivas hacia la enfermería, emplea diferentes metodologías docentes y proporciona correcciones constructivas a tiempo (122). Es decir, los docentes, tanto clínicos como académicos, tienen la capacidad de influir profesional y personalmente en el alumnado, ya que estos pueden interiorizar sus valores, opiniones y tendencias sobre la profesión (82).

Aunque las dos estrategias más extendidas para el aprendizaje del cuidado son la mentorización y el modelo de rol, actualmente se están explorando otras metodologías. La simulación es una técnica innovadora que consiste en situar al estudiante en un escenario controlado que represente fielmente la realidad clínica. El estudiante se enfrenta a una situación a la que debe dar respuesta integrando los conocimientos con la práctica, con la oportunidad de repetir y equivocarse de forma segura (131). El nivel de realismo del escenario es variable,

desde la simulación de alta fidelidad, que cuenta con el apoyo tecnológico de maniquís especializados, hasta la simulación de media o baja fidelidad, que puede contar con pacientes simulados reales, añadiendo el componente de las relaciones interpersonales humanas (132). Tras la representación, el estudiante se realiza una reflexión crítica individual y grupal sobre las acciones y actitudes demostradas que le prepara para futuras situaciones similares (133).

Gracias a la simulación el estudiante puede adquirir competencias cognitivas, afectivas y psicomotoras (134). Ha demostrado ser eficaz en el desempeño de procedimientos clínicos (133), la adquisición de conocimientos y competencia profesional (135), comunicación y trabajo en equipo (136), pensamiento crítico (137), valoración de la situación y toma de decisiones (138) y solución de problemas (134). También ha demostrado ser útil en el desarrollo de competencias actitudinales como la empatía (139), el afrontamiento de la ansiedad ante lo desconocido (140), la confianza en sí mismo y la autoeficacia (136).

El empleo de la simulación en el aprendizaje del concepto de cuidado en sí mismo es menos frecuente, aunque hay trabajos que evidencian el potencial de la simulación como estrategia de aprendizaje de comportamientos de cuidado (141). El estudio cualitativo realizado por Thorp et al. con estudiantes de enfermería que habían practicado 84 horas de simulación, reveló que los participantes reconocían la manifestación del arte y la ciencia de la enfermería en la simulación. Los estudiantes identificaron momentos de cuidado con sus docentes y entre los compañeros en el transcurso de la simulación. Además, reconocieron que el cuidado estuvo presente en todos los escenarios y experimentaron el sentimiento de cuidado aun siendo conscientes de tratar con un maniquí (132). En otro estudio, los estudiantes de enfermería expresaron su habilidad para transmitir cuidado durante la simulación siendo compasivos, proporcionando confort, ejerciendo una escucha activa, siendo auténticos y demostrando presencia plena en el escenario (142). En la misma línea, los resultados del estudio de Coffman manifestaron que los estudiantes de enfermería demostraron comportamientos de cuidado en sus escenarios de

simulación (143). La participación en la simulación es un medio de aprendizaje del cuidado de sí misma ya que los estudiantes reconocen sentirse cuidado por sus profesores y compañeros antes y después del escenario de simulación al permitirle expresar sus sentimientos, dudas y recibir críticas constructivas (144).

Siguiendo la iniciativa de centrar la formación enfermera entorno concepto de cuidado, recientemente se han explorado varias estrategias innovadoras para su aprendizaje. Monsen et al. proponen la inmersión cultural como experiencia de aprendizaje que facilite la interiorización del concepto de cuidado. Según estas autoras, la vulnerabilidad que genera la situación de verse involucrado en un contexto ajeno, favorece una apertura de mente que conduce a la conexión con los demás y la comunidad. En estas situaciones los estudiantes toman más conciencia de su entorno y de ellos mismos, lo que les invita a la reflexión y a descubrir un significado del cuidado más profundo (145). Hanson empleó en la lectura y análisis de textos narrativos sobre el cuidado como medio de aprendizaje. El estudiante, al sumergirse en la experiencia de otra persona, descubre otra perspectiva que le ayuda a construir su propia idea del cuidado e identidad profesional (146). Continuando con la literatura, una experiencia que empleó la escritura de poesía para la expresión de los sentimientos, ayudó a los estudiantes a la autorreflexión y a encontrarle significado a sus propias experiencias de cuidado (147). El enfoque de Richardson et al. se centra en hacer conscientes a los estudiantes de la relación terapéutica que acompaña a todos los procedimientos de enfermería. Para ello, estos autores analizaron e ilustraron los elementos de las intervenciones enfermera, a través de la elaboración de posters que incluyen la relación con el paciente y los aspectos emocionales (148).

En resumen, hay acuerdo en que el cuidado debe ser el elemento clave de la formación enfermera. La formación basada en el cuidado conduce a un conocimiento más profundo de la profesión enfermera, a una atención centrada en el paciente y un enfoque holístico de la práctica (149). Si se considera el cuidado como un fenómeno experiencial, entonces los momentos de cuidados compartidos con los docentes son valiosas experiencias que

facilitan el aprendizaje y desarrollo de la habilidad de los estudiantes para cuidar a otra persona (111). El cuidado es una poderosa herramienta de aprendizaje y es un valor añadido que marca la diferencia formativa del estudiante (82). Cuidar a los estudiantes de enfermería es un requisito para el aprendizaje del cuidado del futuro paciente (127).

1.1.7. Compromiso laboral, la pasión por el trabajo y la centralidad o significado del trabajo

Uno de los principales objetivos de la formación enfermera es preparar a los estudiantes para hacerles frente al reto laboral al que se enfrentarán en su desempeño profesional. Las enfermeras están expuestas a riesgos psicosociales y suelen comprometer su salud laboral por exposición frecuente y continuada a riesgos físicos, químicos, biológicos, mecánicos, ergonómicos y psicosociales de diversa naturaleza. Además, se encuentran sometidas a condiciones laborales idiosincrásicas relacionadas, por ejemplo, con turnos de trabajo intensivos y rotatorios, que inciden en el desarrollo de enfermedades psicológicas (150).

En consecuencia, las enfermeras experimentan de forma recurrente sintomatologías relacionadas con las condiciones psicosociales de su desempeño laboral, como consecuencia de la naturaleza de su trabajo y del lugar en el que desarrollan su labor: altos niveles de estrés, ansiedad, sobrecarga emocional o fatiga por empatía. Estas circunstancias psicosociales adversas se relacionan con una reducción autopercebida de su salud y bienestar y en general, de la calidad de vida (151). Además, la complejidad de los pacientes desencadena necesidades particulares de los profesionales de la salud que les brindan atención. Se deben hacer esfuerzos para abordar estas necesidades y asegurar que los profesionales de enfermería se sientan preparados, equipados y apoyados para atender a pacientes complejos (152).

En este sentido, la psicología positiva es una intervención útil para prevenir los efectos negativos del desempeño laboral en los futuros profesionales de enfermería. Esta es definida como el estudio científico de las experiencias positivas y los rasgos de personalidad positivos, y de las instituciones que promueven su desarrollo y los programas de intervención que fomentan la calidad de vida de las personas,

favoreciendo la disminución o reducción de la psicopatología. Es decir, consiste en buscar lo positivo de los acontecimientos y de las personas, en lugar de poner el acento en lo deficitario o patológico (153).

La psicología positiva propone mejorar las competencias emocionales de las enfermeras, como adoptar una visión optimista o adquirir habilidades de personalidad estables en lugar de disminuir los factores ambientales del agotamiento (154). Los recursos personales que comprenden la psicología positiva, como el optimismo, la personalidad estable y la competencia emocional, están relacionados con la interacción entre las enfermeras y su entorno laboral (155). Las variables psicosociales de la psicología positiva relacionadas con el desempeño profesional incluyen el compromiso laboral, la pasión por el trabajo y la centralidad o significado del trabajo.

Se entiende por compromiso laboral el comportamiento desde el que una persona utiliza y se expresa en todos sus componentes (físicos, cognitivos, emocionales y psicológicos) durante el desarrollo de su rol profesional. Por tanto, una persona manifiesta cierto nivel de compromiso laboral cuando se encuentra involucrada físicamente, vigilante a nivel cognitivo y en conexión emocional (156).

En el ámbito de la enfermería, el compromiso laboral requiere confianza y autonomía profesional. El compromiso afecta el desempeño de la enfermera, lo que resulta en atención centrada en el paciente, eficacia y calidad de la atención (157). Cuando se alcanzan altos niveles de compromiso laboral, se produce una iniciativa personal contagiosa, disminuye la mortalidad hospitalaria y la rentabilidad financiera de las organizaciones aumenta significativamente (158). El compromiso es adaptable, ya que está sujeto a factores modificadores. Un estudio realizado por Dasgupta sobre los factores que afectan al compromiso laboral en enfermería descubrió que el apoyo organizacional percibido, el intercambio líder-miembro, el intercambio miembro-equipo y la amistad en el lugar de trabajo, se relacionan positivamente con el compromiso laboral. El estrés del papel de enfermería se relaciona negativamente con el compromiso laboral (159). Las recompensas, el apoyo organizativo y de supervisión y las características del trabajo contribuyen a establecer el compromiso laboral entre las enfermeras (160). Un clima laboral positivo, el apoyo social de la organización y la influencia de los supervisores a través de los estilos de liderazgo, se han identificado

como factores que fomentan el compromiso (157). Una investigación realizada por Bakker et al. con enfermeras de atención primaria mostró que la sensación de autoeficacia y optimismo estaba relacionada con la participación en situaciones de alta sobrecarga emocional y presión de tiempo (161).

Otro elemento de la psicología positiva en el ámbito laboral es la pasión por el trabajo. Vallerand et al. la definieron como una fuerte inclinación hacia una actividad que a la gente le gusta, que encuentran importante, y en la que invierten tiempo y energía (162).

La enfermería es una profesión vocacional, y los trabajadores vocacionales se identifican con un significado e ideología particular, que en el caso de la enfermería, es el cuidado (163). Por lo tanto, debido al cuidado vocacional, las enfermeras están predispuestas a desarrollar una gran pasión por el trabajo. Cuando se trabaja con pasión, los profesionales son más efectivos y los equipos de salud son más estables, lo que reduce la rotación de personal (164).

La pasión en el trabajo puede ser promovida. Li et al. encontraron una asociación positiva entre la pasión laboral de los líderes y los trabajadores: la pasión laboral del líder se transfirió a los empleados a través del contagio emocional. Los líderes pueden actuar como modelos a seguir para fomentar la pasión en el trabajo (165). Luo et al. propusieron oportunidades de capacitación y oportunidades de desarrollo personal para aumentar la pasión, el entusiasmo y la satisfacción con el trabajo (164). Según Bushardt et al. el entrenamiento del pensamiento crítico y la atención plena podrían ser estrategias efectivas para prevenir el efecto negativo del exceso de pasión (166).

Por último, la centralidad o significado del trabajo se ha descrito como el grado de importancia general que tiene trabajar en la vida de una persona, es decir, al grado en que éste es central en su identidad personal. Es una creencia general sobre el valor que tiene para la persona el trabajo, así como la importancia que para la persona tiene trabajar en cualquier momento de su vida (167).

Las enfermeras hacen frente a situaciones emocionalmente estresantes que involucran sufrimiento, dolor, sensación de pérdida y otros sentimientos intensos a diario.

Para sobrellevar estas situaciones vulnerables, las enfermeras esperan una recompensa que vaya más allá del dinero o la estabilidad laboral. Encontrar significado en el trabajo es esencial para hacer frente a situaciones estresantes inherentes al trabajo de enfermería (168). El significado del trabajo ha sido explorado anteriormente en enfermería. El análisis del concepto de Lee reveló cuatro atributos principales: emoción positiva experimentada en el trabajo, significado del trabajo en sí mismo, propósito significativo y objetivos laborales, y trabajo como parte de la vida que contribuye a una existencia significativa (169).

Las enfermeras han descrito los elementos clave que aportan significado a su trabajo: relaciones entre ellas y con los pacientes, un compromiso con el cuidado compasivo, la identidad personal con la profesión y la tutoría que recibieron como estudiantes (168). El estudio de Pavlish et al. reveló que las conexiones, las contribuciones y el reconocimiento eran los requisitos para un trabajo significativo según las enfermeras. Los participantes describieron el ambiente enfocado en el aprendizaje, el trabajo en equipo, el manejo constructivo y el tiempo con los pacientes como facilitadores de la significación, mientras consideraban las relaciones estresantes y el manejo divisivo como barreras (170). Pasar tiempo con el paciente también mejora el significado del trabajo, así como los aspectos relacionales del cuidado (171).

En resumen, el colectivo enfermero necesita los conocimientos, habilidades y actitudes que brinda la psicología positiva para estar a la altura de su compleja y relevante actividad profesional y ofrecer cuidados de calidad. Las enfermeras deben ser capaces de cuidar y también de cuidarse a ellas mismas. Si los profesionales no están físicamente involucrados, cognitivamente alerta y emocionalmente conectados no podrá ofrecer cuidados de calidad (172).

Todo lo expuesto anteriormente, conduce a considerar la relación docente-estudiante como un escenario idóneo para fomentar la psicología positiva. A través del modelo de rol se facilita que el estudiante desarrolle compromiso laboral, pasión por el trabajo y centralidad o significado del trabajo. Estas habilidades les ayudarán a hacerle frente a las complejas situaciones propias de su futura actividad profesional, reduciendo el efecto psicológico negativo asociado al desempeño laboral en enfermería.

1.1.8. Cruz Roja Española

Históricamente, Cruz Roja ha desempeñado un papel relevante en la formación enfermera española (173). Cruz Roja es una organización internacional de carácter filántropo fundada en 1863 por Henry Dunant con el propósito de asistir a los heridos de guerra desde una postura neutral (4). Inicialmente, se centró en la atención humanitaria de las víctimas de conflictos bélicos (174). Poco a poco, fue ampliando su campo de acción para dedicarse a la protección y alivio del sufrimiento de poblaciones vulnerables por diversas causas (guerras, desastres naturales o situaciones socialmente desfavorables) (175).

El movimiento Cruz Roja llega a nuestro país en 1864, manteniendo el ideario y la misión con la que fue fundada (174). Para poder cumplir con su objetivo de asistir a las víctimas de los conflictos armados, se hizo necesario un colectivo que estuviese preparado para tal fin. En 1917 se funda el cuerpo de Damas Enfermeras de Cruz Roja, por iniciativa de la reina Victoria Eugenia (173). Este colectivo lo formaban mujeres voluntarias que recibían una formación específica y desarrollaban su labor en hospitales y otros centros sanitarios, colaboraban en situaciones de emergencias como guerra, catástrofes o accidentes, y en tiempos de paz, se dedicaban a la salud pública (176). La formación que recibían constaba de una parte teórica formada por 35 temas distribuidos en dos cursos, y una parte práctica, en los centros vinculados a la institución (177). La buena imagen social de las Damas y su popularidad contribuyó al desarrollo del cuerpo de Enfermeras Profesionales de Cruz Roja en 1922 (176). Su formación era más completa, constaba de 56 temas impartidos en 2 cursos de 9 meses, y una formación práctica organizada en rotatorios de 3 meses (177).

Las escuelas de Cruz Roja se adaptaron a la evolución de la formación enfermera, desde la unificación de las tres titulaciones (enfermera profesional, matrona y practicante) en Asistente Técnico Sanitario, pasando por la incorporación a la Universidad con la diplomatura y el nuevo enfoque del Espacio Europeo de Educación Superior (4). En la actualidad, los dos centros de formación enfermera de Cruz Roja están ubicados en Madrid y Sevilla y se encuentran adscritas a la Universidad Autónoma de Madrid (178) y la Universidad de Sevilla (179) respectivamente. Se puede considerar que

Cruz Roja es una institución pionera en la formación enfermera de este país y motor para la fundación de escuelas y elaboración de planes de estudio de enfermería (178).

Inicialmente, los centros de Cruz Roja disponían de autonomía y funcionaban de forma paralela a la academia (177). Su formación se organizaba con reglamentos internos aprobados por los órganos de gobierno de Cruz Roja (177) y manuales propios que perfilaban el cuerpo de conocimientos y el carácter de estas profesionales (178). El modelo educativo de las escuelas de Cruz Roja se inspiraba en las directrices de Florence Nightingale y en el Instituto Kaiserweth (176) y en el ideario humanitario propio de la institución (177). Los manuales se caracterizaron por centrarse en las técnicas clínicas, el aprendizaje de la historia de la institución y organización de campañas además de las condiciones morales y actitudinales exigibles (173). Hasta la inclusión de la enfermería en la universidad, las escuelas de Cruz Roja establecieron un paradigma pedagógico propio, con una orientación biomédica (178) y un fuerte componente vocacional y humanitario en sintonía con el ideario de la institución (177).

Es decir, tradicionalmente la formación de Cruz Roja imprime en las enfermeras una marca que las identifica y distingue de las demás. Hoy en día, el Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja (CUECR) sigue las orientaciones y planes de estudio establecidos por la Universidad de Sevilla a la que está adscrita (179). Aun así, en la formación se tienen muy presentes los principios fundamentales de Cruz Roja: humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, voluntariado, unidad y universalidad (175). Nos preguntamos si la formación enfermera de Cruz Roja sigue dejando la impronta de cuidado humanitario que promulgaba su fundador. Es esencial conocer la impronta de modelo de cuidado que el entorno académico deja en los estudiantes, ya que conocer la percepción de cuidado que transmiten los docentes ayuda a estos a mejorar su labor desarrollando comportamientos de cuidado.

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. Valoración del cuidado

Cuidar es el fundamento de la práctica enfermera. La *American Nursing Association* centra su definición de la enfermería en el cuidado y su efecto, al determinarla como la provisión de una relación de cuidado que facilita la salud y la curación (180). En el ámbito asistencial, está presente en todas las intervenciones enfermeras (38) y se expresa a través de comportamientos reconocibles y observables (181). En el campo de la investigación, el concepto de cuidado es frecuentemente estudiado y la literatura disponible que se centra en este tema es muy amplia y diversa (35). En el ámbito de la docencia, la formación se centra en la adquisición de competencias que permitan a los futuros profesionales ejercer un cuidado enfermero de calidad (40, 41).

Como se ha mencionado anteriormente, el cuidado es un concepto abstracto y ambiguo sobre el que no hay una definición sólida a pesar de la amplia literatura sobre el tema (35). Su naturaleza subjetiva lo convierte en un concepto elusivo, difícil de estudiar y medir de una forma auténtica (182). Pero a pesar de ser un fenómeno experiencial, se pueden realizar mediciones de sus manifestaciones externas que permitan aproximarnos a su dimensión abstracta (183). El cuidado se hace visible cuando se transmite a través de comportamientos y acciones demostrables y reconocibles (181). Tanto los receptores como los proveedores son capaces de valorar situaciones y actos que expresan cuidado y situaciones en las que identifican su ausencia (184). El cuidado es un concepto abstracto, es un valor y una actitud que se manifiesta en un acto concreto (39). La percepción de los comportamientos de cuidado de los docentes, percibido por los estudiantes, permite acercarnos a la versión del cuidado que imprimen en sus acciones y las relaciones que establecen con el alumnado.

Por otro lado, el cuidado es un acto recíproco que ocurre en el seno de una relación interpersonal, de manera que para que alguien cuide, otra persona necesita ser cuidada (25). Es recomendable incluir la perspectiva del agente de cuidado además del receptor para obtener una imagen más completa del cuidado intercambiado (182). La percepción de los docentes de sus propios comportamientos de cuidado, en un ejercicio de autoevaluación, revela el modelo de cuidado que creen transmitir.

Los comportamientos de cuidado han sido ampliamente estudiados desde una perspectiva cuantitativa (184) y la cantidad de escalas diseñadas con este propósito es numerosa (183). Estos comportamientos se han estudiado cuantitativamente desde la perspectiva de los pacientes (185), profesionales de enfermería (186), estudiantes de enfermería (124), familiares (187), profesionales sanitarios (188), en conjunto enfermeras y pacientes (189) y estudiantes de enfermería y pacientes (190). Sin embargo, los comportamientos de cuidado de los docentes de enfermería están mucho menos estudiados.

La variedad de instrumentos de medida del cuidado transmitidos por los profesionales de enfermería a los pacientes es muy amplia (183). Sin embargo, los instrumentos que evalúan los comportamientos de los tutores clínicos hacia los estudiantes son menos numerosos y se suelen centrar en sus habilidades docentes (92,191–195). Algunas de estas escalas de valoración describen las características esperables en un tutor clínico efectivo para facilitar el aprendizaje, como la *Nursing Clinical Teacher Effectiveness Inventory* (NCTEI). Esta cuenta con 48 ítems agrupados en cinco dimensiones: habilidad docente, competencia enfermera, evaluación, relaciones interpersonales y personalidad (191). Igualmente, la *Clinical Teacher Characteristics Instrument* (CTCI) propone un listado de 20 características propias de un tutor clínico efectivo confeccionado por estudiantes de enfermería y profesores académicos. Se organizan en 3 subescalas, competencia profesional, relación con los estudiantes y

atributos personales. Esta escala permite identificar las características que un tutor clínico debería tener (192). La CTCI ha sido recientemente modificada dando como resultado una nueva herramienta, la *Effective Clinical Instructor Characteristics Inventory* (ECICI). Esta, aunque mantiene la misma estructura interna con las mismas tres subescalas, el número de ítems se ha aumentado a 40 al incorporar ítems de otras escalas similares (92).

Otros instrumentos de medida se centran en la evaluación de las habilidades docentes de los tutores clínicos (193–196). La *Clinical Teaching Evaluation* (CTE) pretende evaluar las competencias docentes de los tutores clínicos, incluyendo el empleo de la teoría en la toma de decisiones clínicas. Esta escala consta de 25 ítems reunidos en tres dimensiones, competencia enfermera, competencia docente y consideración hacia el estudiante (193). También centrada en las habilidades docentes de los tutores clínicos, disponemos de la *Effective Clinical Teaching Behaviours* (ECTB). Esta es un instrumento diseñado para que los estudiantes evalúen los comportamientos docentes efectivos de sus tutores clínicos, con una escala unidimensional de 43 ítems (194). La *Nursing Clinical Facilitator Questionnaire* (NCFQ) evalúa la eficiencia y la satisfacción de los estudiantes de enfermería con la supervisión que han tenido durante sus prácticas clínicas. Para ello, se valoran 27 comportamientos de sus tutores clínicos relacionados con el apoyo al aprendizaje, la motivación para aprender y la preparación (195). En la Universidad Nacional de Taipei, Taiwan, se ha desarrollado la *Clinical Teaching Competence Inventory* (CTCI) para medir las competencias docentes de los tutores clínicos en relación con la evaluación del estudiante, la docencia individualizada, las estrategias docentes y los conocimientos sistemáticos que demuestra el tutor a los estudiantes de enfermería (196).

Se han diseñado escalas con un alcance más amplio que evalúan la percepción del alumnado sobre su experiencia de prácticas asistenciales. Aunque estas escalas incluyen la relación con el tutor clínico, persiguen

valorar la satisfacción global del estudiante con las prácticas clínicas, incluyendo la valoración del entorno de aprendizaje (197, 198). El objetivo de la *Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher Scale* (CLES) es evaluar la calidad del entorno de aprendizaje clínico y la supervisión enfermera. La percepción de los estudiantes sobre el entorno clínico se configura con cinco dimensiones: el ambiente pedagógico de la planta, el estilo de liderazgo de la supervisora, los fundamentos para el cuidado, el rol docente y la relación de supervisión (197). En esta línea, la *Clinical Learning Environment Inventory* (CLEI) fue diseñada para medir la satisfacción de los estudiantes de enfermería con las prácticas clínicas a través de 42 ítems agrupados en seis áreas: personalización, involucración, orientación a tareas, innovación, individualización y satisfacción (198). El entorno de aprendizaje también se puede evaluar desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. La *Clinical Learning Organisational Culture Survey* (CLOCS) tiene como población diana los profesionales de enfermería de un entorno clínico, del que se pretende evaluar su cultura de aprendizaje. Es decir, esta herramienta mide las creencias y actitudes de los profesionales que condicionan el aprendizaje en los entornos clínicos (199). Esta valoración se puede completar con las aportaciones de la *Support Instrument for Nurses to Facilitate the Learning of Others* (SINFLO). Este instrumento mide el apoyo percibido por los profesionales de enfermería cuando desempeñan la labor de facilitar el aprendizaje de otros, en lo relativo a carga de trabajo, comunicación, reconocimiento, trabajo en equipo y preparación (200).

Por otro lado, la relación de mentorización entre el estudiante y el tutor clínico es el foco de algunas escalas. Suen et al. elaboraron una escala de 33 ítems para evaluar la efectividad de los tutores clínicos en los cinco roles que configuran el papel de mentor: simpático, ayuda, guía, consejero y terapeuta (201). La *Mentors' Behavior Scale* (MBS) sin embargo, se centra en los comportamientos de mentorización de los tutores clínicos hacia los estudiantes de enfermería. Sus 47 ítems se agrupan en tres dimensiones, desarrollo profesional, apoyo psicosocial y

facilitación del aprendizaje (202). Desde la perspectiva del tutor clínico, se ha diseñado una herramienta, la *Mentor's Competence Instrument* (MCI) que sirve a los tutores clínicos para autoevaluar sus propias competencias como mentores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Esta escala abarca un amplio abanico de competencias en sus diez dimensiones, evaluación centrada en el estudiante, orientación a objetivos, desempeño de mentor en el lugar de trabajo, reflexión, características del mentor, apoyo en el proceso de aprendizaje, motivación, identificación del nivel de competencia del estudiante, retroalimentación constructiva y desempeño de mentor entre el estudiante y el tutor (203).

Además de estudiantes de enfermería, la estrategia de mentorización se emplea entre enfermeras para enseñar y ayudar al desarrollo profesional de las enfermeras noveles. Para evaluar los beneficios de esta labor contamos con la *Mentoring Benefit Questionnaire* (MBQ). Este cuestionario mide el efecto de la mentorización tanto para el mentor, como para el protegido y la organización en seis dimensiones: sentimiento de pertenencia, optimismo profesional, competencia, crecimiento personal, seguridad y liderazgo (204). De forma similar, la escala unidimensional *National University Hospital Mentorship Evaluation* (NUHME) persigue valorar la percepción de las enfermeras recién graduadas de su relación de mentorización en términos de desarrollo personal, profesional y habilidades clínicas (205).

En el entorno universitario también se desarrollan programas de mentorización entre miembros académicos. La Johns Hopkins University School of Nursing ha confeccionado la *Menthorship Effectiveness Scale* (MES) para medir la efectividad del mentor en su programa con un listado unidimensional de 12 ítems (206). Continuando en el ámbito académico, se han diseñado instrumentos de medida para evaluar la labor docente en este entorno. Por ejemplo, la *Nursing Students Satisfaction Scale* (NSSS) mide la satisfacción de los estudiantes de enfermería con la docencia en

tres áreas, interacciones sociales profesionales, curriculum y docencia y entorno de aprendizaje (207). De forma más concreta, la *Students Perception of Faculty Members Ethical and Unethical Behaviours Instrument* (SPFMEUBI) tiene como objetivo evaluar los comportamientos éticos y no éticos de los profesores universitarios según la percepción de los estudiantes (208).

Combinando ambos entornos, académico y clínico, Whitehead et al. elaboraron de forma paralela dos escalas para evaluar la opinión del alumnado sobre las características efectivas del instructor teórico y clínico, la *Whitehead Characteristic of Effective Theory / Clinical Instructor Rating Scale* (WCETIRS / WCECIRS). Ambas se estructuran con las mismas cinco dimensiones, relaciones interpersonales, rasgos de personalidad, prácticas docentes, conocimiento y experiencia y procedimientos de evaluación; aunque sus ítems difieren para adaptarse a cada entorno (209). Igualmente, bajo la consideración del entorno académico y clínico, se diseñaron la *Nurse Educator Skill Acquisition Assessment* (NESAA) y la *Clinical Nurse Educator Skill Acquisition Assessment* (CNESAA) (210, 211). Esta última ayuda a los tutores clínicos a evaluar sus propias competencias en cinco dominios: aumentar el aprendizaje de los estudiantes, relacionar la teoría con la práctica, compromiso con la academia, funciones de liderazgo y participar en el desarrollo profesional (210). La NESAA mide el nivel de adquisición de competencias de las enfermeras docentes académicas en ocho dominios similares: facilitar el aprendizaje, facilitar el desarrollo y socialización del estudiante, uso de métodos de evaluación, participación en los diseños curriculares y resultados de aprendizaje, funciones de liderazgo, mejora de la calidad docente, compromiso con la academia y funcionamiento dentro del entorno educativo (211).

La Tabla 1 resume las características de los instrumentos de medida de la labor docente en enfermería descritos anteriormente.

Escala	Autoría, año, país	Objeto de medida	Población	Ámbito	Dimensiones	Nº ítems	Puntuación
Nursing Clinical Teacher Effectiveness Inventory	Knox JE et al. 1985, EEUU	Características de los tutores clínicos efectivos	Estudiantes de enfermería	Clínico	Habilidad docente, competencia enfermera, evaluación, relaciones interpersonales, personalidad	48	Likert 7 puntos 1=nada importante 7=muy importante
Clinical Teacher Characteristics Instrument	Brown ST. 1981, EEUU	Características de los tutores clínicos efectivos	Estudiantes de enfermería	Clínico	Competencia profesional, relación con los estudiantes, atributos personales	20	Likert 5 puntos 1=importantísimo 5=no importante
Effective Clinical Instructor Characteristics Inventory	Madhavanprabha karan GK, et al. 2013, Oman	Características de los tutores clínicos efectivos	Estudiantes de enfermería	Clínico	Competencia profesional, relación con los estudiantes, atributos personales	40	Likert 5 puntos 1=importantísimo 5=no importante
Clinical Teaching Evaluation	Fong CM, McCauley GT. 1993, EEUU	Desempeño docente de los tutores clínicos	Estudiantes de enfermería	Clínico	Competencia enfermera, competencia docente, consideración hacia el estudiante	25	Likert 5 puntos 1=pobre 5=excelente
Effective Clinical Teaching Behaviours	Zimmerman L et al. 1988, EEUU	Comportamientos docentes efectivos de los tutores clínicos	Estudiantes de enfermería	Clínico	Unidimensional	43	Likert 5 puntos 1=casi nunca 5=casi siempre
Nursing Clinical Facilitator Questionnaire	Espeland V. 2003, Noruega	Satisfacción con la supervisión durante sus prácticas clínicas	Estudiantes de enfermería	Clínico	Apoyo al aprendizaje, motivación para aprender, preparación	27	Likert 5 puntos 1=fuerte desacuerdo 5=fuerte acuerdo
Clinical Teaching Competence Inventory	Hsu LL, et al. 2014, Taiwan	Competencia docente de los tutores clínicos	Tutores clínicos	Clínico	Evaluación del estudiante, docencia individualizada, estrategias docentes, conocimientos sistemáticos	31	Likert 5 puntos 1=mucha mejora 5=no necesita mejora
Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher Scale	Saarikoski M, et al. 2008, Finlandia	Calidad del entorno de aprendizaje clínico, supervisión y docencia	Estudiantes de enfermería	Clínico	Ambiente pedagógico, estilo de liderazgo de la supervisora, fundamentos para el cuidado, rol docente, relación de supervisión	34	Likert 5 puntos 1=total desacuerdo 5=total acuerdo
Clinical Learning Environment Inventory	Chan D. 2003, Australia	Satisfacción con las prácticas clínicas	Estudiantes de enfermería	Clínico	Personalización, involucración, orientación a tareas, innovación, individualización, satisfacción	42	Likert 4 puntos 1=fuerte desacuerdo 4=fuerte acuerdo
Clinical Learning Organisational Culture Survey	Henderson A, et al. 2010, Australia	Cultura de aprendizaje de los entornos clínicos	Tutores clínicos	Clínico	Reconocimiento, descontento, afiliación, realización personal, influencia	28	Likert 5 puntos 1=fuerte desacuerdo 5=fuerte acuerdo
Support Instrument for Nurses to Facilitate the Learning of Others	Henderson A, et al. 2012, Australia	Apoyo percibido al facilitar el aprendizaje de otros	Tutores clínicos	Clínico	Carga de trabajo, comunicación, reconocimiento, trabajo en equipo, preparación	30	Likert 5 puntos 1=fuerte desacuerdo 5=fuerte acuerdo
Students' Perception of the Effectiveness of the Role of a Mentor	Suen LKP et al. 2001, China	Efectividad del rol de mentor del tutor clínico	Estudiantes de enfermería	Clínico	Simpático, ayuda, guía, consejero, terapeuta	33	Likert 5 puntos 1=muy bueno 5=muy pobre

Mentor's Competence Instrument	Tuomikoski AM, et al. 2018, Finlandia	Autoevaluación de competencias propias como mentores	Tutores clínicos	Clínico	Evaluación centrada en el estudiante, orientación a objetivos, desempeño de mentor en el trabajo, reflexión, características del mentor, apoyo en el aprendizaje, motivación, identificación del nivel de competencia del estudiante, retroalimentación constructiva, desempeño de mentor con el estudiante	Likert 4 puntos 1=total desacuerdo 4=total acuerdo
Mentoring Benefit Questionnaire	Jakubik LD. 2012, EEUU	Efectos beneficiosos de la mentorización	Tutores clínicos	Clínico	Sentimiento de pertenencia, optimismo profesional, competencia, crecimiento personal, seguridad, liderazgo	Likert 5 puntos 1=fuerte desacuerdo 5=fuerte acuerdo
National University Hospital Mentorship Evaluation	Tiew LH, et al. 2017, China	Relación de mentorización	Enfermeras noveles	Clínico	Unidimensional	Likert 4 puntos 1=fuerte desacuerdo 4=fuerte acuerdo
Mentorship Effectiveness Scale	Berk RA, et al. 2005, EEUU	Efectividad del mentor académico	Persona mentorizada	Académico	Unidimensional	Likert 6 puntos 0=fuerte desacuerdo 5=fuerte acuerdo
Nursing Students Satisfaction Scale	Chen HC, et al. 2012, EEUU	Satisfacción con la docencia	Estudiantes de enfermería	Académico	Interacciones sociales profesionales, curriculum y docencia, entorno de aprendizaje	Likert 6 puntos 1=nada satisfecho 6=muy satisfecho
Students Perception of Faculty Members Ethical and Unethical Behaviours Instrument	Arsland S, Dic L. 2016, Turquía	Comportamientos éticos y no éticos de los profesores universitarios	Estudiantes de enfermería	Académico	Unidimensional	Likert 3 puntos 1=acuerdo 3=desacuerdo
Witthehead Characteristic of Effective Theory Instructor Rating Scale	Witthehead DK et al. 1997, EEUU	Características efectivas del profesor académico	Estudiantes de enfermería	Académico	Relaciones interpersonales, rasgos de personalidad, prácticas docentes, conocimiento y experiencia, procedimientos de evaluación	Likert 5 puntos 1=nada importante 5=muy importante
Witthehead Characteristic of Effective Clinical Instructor Rating Scale	Witthehead DK et al. 1997, EEUU	Características efectivas del tutor clínico	Estudiantes de enfermería	Clínico	Relaciones interpersonales, rasgos de personalidad, prácticas docentes, conocimiento y experiencia, procedimientos de evaluación	Likert 5 puntos 1=nada importante 5=muy importante
Nurse Educator Skill Acquisition Assessment	Ransburg Let al. 2012, EEUU	Adquisición de competencias propias como profesor académico	Enfermeras profesoras académicas	Académico	Facilitar el aprendizaje, facilitar el desarrollo y socialización, métodos de evaluación, participación en los diseños curriculares, funciones de liderazgo, mejora de la calidad docente, compromiso con la academia, funcionamiento dentro del entorno educativo	Likert 5 puntos 1=baja seguridad 5=alta seguridad
Clinical Nurse Educator Skill Acquisition Assessment	Nguyen VNB, et al. 2017, Australia	Adquisición de competencias propias como tutor clínico	Tutores clínicos	Clínico	Aumentar el aprendizaje, relacionar la teoría con la práctica, compromiso con la academia, funciones de liderazgo, participar en el desarrollo profesional	Likert 5 puntos 1=baja seguridad 5=alta seguridad

Tabla 1 - Instrumentos de mediad de la labor docente en enfermería.

Los instrumentos de medida descritos permiten obtener una aproximación cuantitativa de la labor docente en enfermería tanto en el ámbito académico como en el clínico. Miden las características de los docentes, su ejercicio como mentor, la experiencia de aprendizaje en las prácticas, la satisfacción del alumnado o las competencias docentes. Ninguna de ellas se centra en la relación interpersonal entre el tutor o profesor y el estudiante, ni más concretamente, en el cuidado que estos les transmiten, que pueda servir como experiencia modelo de aprendizaje.

El cuidado que reciben los estudiantes de enfermería ya ha sido estudiado anteriormente desde un enfoque cuantitativo. Se han identificado cinco instrumentos de valoración del cuidado desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería, *Caring Assessment Tool* (CAT), *Peer Group Caring Interaction Scale* (PGCIS), la *Organizational Climate for Caring Questionnaire* (OCCQ), la *Peer Caring Measurement* (PCM) y la *Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* (NSPIC).

La CAT fue originalmente diseñada para medir la percepción de los pacientes sobre los comportamientos de cuidado que les demostraban sus enfermeras (212). El marco teórico que contextualiza la CAT es la filosofía de Cuidado Transpersonal de Jean Watson (25). Cada ítem corresponde a un factor de cuidado descrito por Watson, y al agruparlos reflejan todos los factores de cuidado de su teoría. Inicialmente, la CAT estaba estructurada en ocho factores (212).

1. Resolución mutua de problemas, se refiere a ayudar al paciente a comprender su estado de salud y explorar formas de afrontarlo.
2. Presencia atenta, se refiere a la disponibilidad, interés y optimismo por parte de la enfermera.
3. Respeto humano, se refiere a comportamientos que reflejan el aprecio al valor de los seres humanos.
4. Actitud alentadora, se refiere a una enfermera desenvuelta y alegre, que haga ver al paciente los puntos positivos de su situación y ayudarle a hacer frente a los malos sentimientos.

5. Valoración de los significados particulares, se refiere a ver las cosas desde la perspectiva del paciente, lo que él considera importante.
6. Entorno sanador, se refiere a mantener un entorno seguro para el paciente.
7. Necesidades de pertenencia, se refiere a la inclusión de la familia en el proceso de salud-enfermedad.
8. Necesidades básicas humanas, se refiere a tener cubiertas las necesidades de cuidado básicas.

La correlación con los factores de cuidado de Watson se ilustra en la Figura 3.

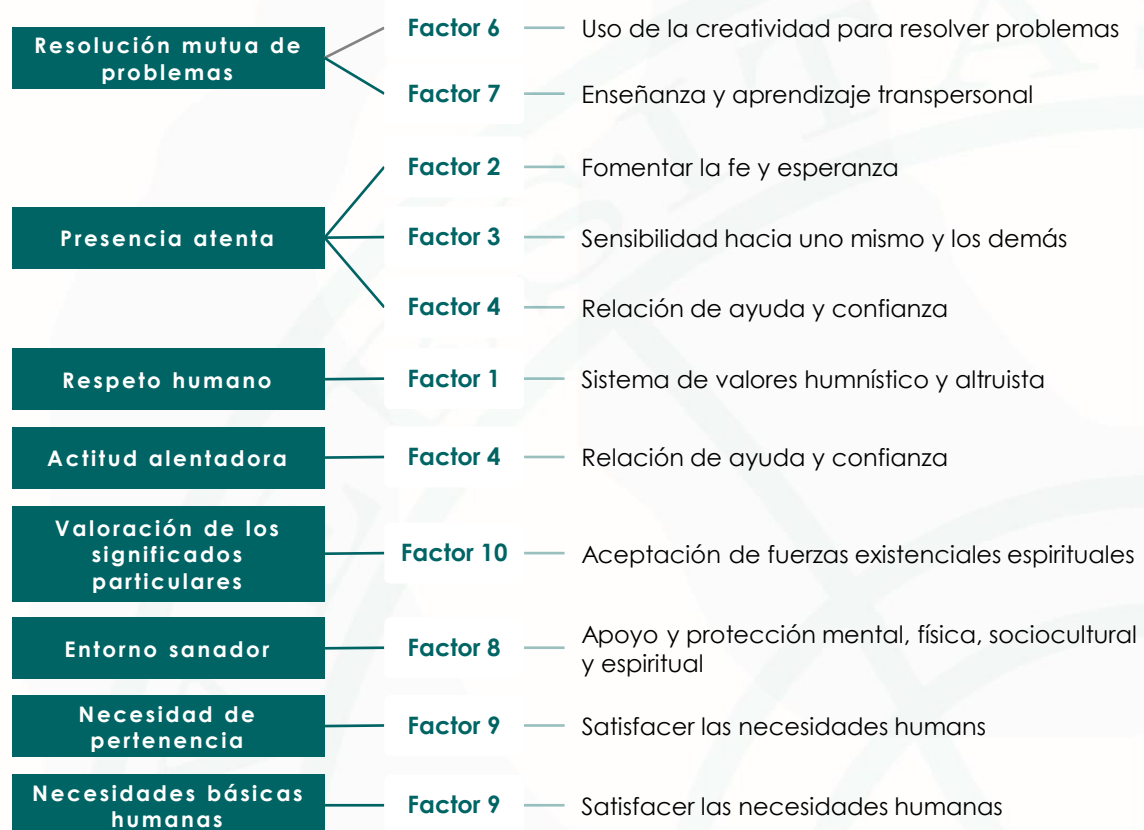


Figura 3 - Correspondencia entre las dimensiones de la CAT y los factores de cuidado de Watson (212).

La CAT es una escala sencilla, fácil de responder en un tiempo estimado de 15 minutos. Es válida y fiable para medir el grado de cuidado enfermero que perciben los pacientes (213). Consiste en un cuestionario auto-administrado que se distribuye entre pacientes que han experimentado una relación de cuidado

son la enfermera durante al menos 24 horas. A los participantes se les pregunta con qué frecuencia la enfermera ha realizado ciertas actividades de cuidado durante su relación. Las respuestas se gradúan en una escala tipo Likert de 5 puntos, en la que 1 significa nunca, 2 raramente, 3 ocasionalmente, 4 frecuentemente y 5 siempre (183).

La primera versión constaba de un listado de 100 ítems confeccionado a partir de las opiniones de los pacientes y validados por un panel de expertos. Estudios posteriores han contribuido a refinar la herramienta, reduciéndola a 36 ítems, manteniendo las mismas dimensiones y demostrado consistencia interna ($\alpha=0'963$) (212). En 2014 se realizó una revisión de la estructura interna de la CAT que redujo el número de ítems a 27 y la escala pasó a ser unidimensional. Las valoraciones de los ítems hacían referencia a un solo constructo que incluye el cuidado, la centralización en el paciente y la relación enfermera-paciente, y que reúne todos los factores de cuidado de Watson. La nueva versión demostró una alta fiabilidad con un alfa de Chronbach de 0'98 (214). Recientemente, en 2019 se volvieron a comprobar las propiedades psicométricas de la CAT. La nueva revisión resultante, aunque mantiene los mismos 27 ítems, revela una estructura interna de dos factores: comunicación enfermera-paciente y experiencia de sentirse cuidado. Esta versión también demostró validez y fiabilidad ($\alpha=0'98$) (215). La CAT unidimensional de 27 ítems ha sido validada transculturalmente al contexto español (216).

Los resultados de su uso pueden ser útiles para estimar el cuidado enfermero percibido por los pacientes, orientar la formación de las enfermeras, o hacer recomendaciones para la práctica. También podrían emplearse para medir las competencias enfermeras, hacer un seguimiento de mejoras en el ejercicio del cuidado o relacionar el cuidado percibido con los resultados de salud del paciente u otras variables. Finalmente, sus aportaciones, y más concretamente las valoraciones de sus dimensiones, podrían contribuir a una mejor comprensión del concepto de cuidado desde una perspectiva teórica (212–216).

Las autoras de la CAT han diseñado una versión de la herramienta, la CAT-edu, para su uso en el entorno universitario. La CAT-edu tiene como objetivo

medir el cuidado que los estudiantes de enfermería perciben de sus profesores. Se configura en 95 ítems que describen comportamientos de cuidado de los profesores universitarios. Estos comportamientos fueron adaptados de los ítems originales de la CAT, al contexto académico. Se les solicita a los estudiantes que cuantifiquen la frecuencia con la que observan estos comportamientos en sus profesores, con la misma escala Likert. La CAT-edu ha sido pilotada en una muestra de 77 estudiantes de enfermería obteniendo un alfa de Chronbach 0,98 (183). No se han realizado estudios de validación psicométrica en profundidad ni se han identificado estudios publicados que hayan empleado esta herramienta en la literatura reciente.

Otro instrumento de medida centrado en el cuidado percibido por los estudiantes es la PGCIS. Esta escala fue diseñada para valorar el cuidado que experimentan los estudiantes de enfermería en sus relaciones interpersonales entre iguales durante su formación enfermera (217). Aunque en su diseño no se reconoce explícitamente ningún marco teórico conceptual de referencia, las ideas educativas para el cuidado de Bevis et al. (105) y las de Noddings (108) están representadas de forma indirecta.

La PGCIS tiene su origen en un estudio cualitativo en el que participaron 10 estudiantes de enfermería a los que se les solicitó que describieran encuentros que transmiten cuidado entre sus compañeros. Este estudio resultó en una lista de comportamientos entre estudiantes de enfermería que transmiten cuidado. Estudios posteriores refinaron este listado hasta obtener una escala de 16 ítems con una alta fiabilidad demostrada en un α de Cronbach 0'91 (183).

Según esta escala, el concepto de cuidado percibido por los estudiantes de enfermería se construye con dos dimensiones (217):

1. *Comportamientos de cuidado*, que incluye presencia, entendida como la disposición de uno mismo hacia el otro que sugiere voluntariedad de ayuda; sensibilidad, entendida como la consciencia de las actitudes, sentimientos y circunstancias de otro; y ayuda entre iguales, entendida como el apoyo emocional ofrecido a la otra persona.

2. *Ayuda*, que describe los sucesos en los que los estudiantes ayudan a sus compañeros a solucionar problemas o necesidades compartiendo información, ideas o aspectos de uno mismo con el otro.

Esta herramienta es auto-administrada, y en ella se les solicita a los participantes que expresen su grado de acuerdo o desacuerdo con un listado de hechos que transmiten cuidado que pueden sucederle con sus compañeros. La respuesta se gradúa en una escala tipo Likert de 6 puntos en la que 1 significa fuertemente en desacuerdo, 2 moderadamente en desacuerdo, 3 ligeramente en desacuerdo, 4 ligeramente de acuerdo, 5 moderadamente de acuerdo y 6 fuertemente de acuerdo (183). Los ítems están escritos en un lenguaje claro y sencillo, con términos fáciles de entender y familiares para los estudiantes y redactados en tercera persona para que los participantes centren su respuesta en los hechos que observan en lugar de los que les gustaría que sucediesen (217).

La PGCIS se ha revelado como una herramienta válida y fiable para la medida del cuidado entre iguales en los estudiantes de enfermería. Podría ser útil para valorar el curriculum transversal en la formación enfermera y evaluar estrategias educativas que tengan como objetivo reforzar las relaciones de cuidado en los estudiantes.

La misma autora, diseñó otro cuestionario similar, el *Organizational Climate for Caring Questionnaire* (OCCQ), este surge del interés de la autora por explorar los contextos en los que se aprende a cuidar. El foco de la OCCQ es el clima organizacional de cuidado percibido por los estudiantes de enfermería dentro del ámbito de las interacciones universitarias (183).

El marco teórico de base para este instrumento es la conceptualización de Noddings sobre los componentes de una formación moral en un curriculum de cuidado. Las dimensiones de la escala coinciden con sus cuatro componentes (108):

1. *Modelado*, describe los comportamientos de cuidado para los que los profesores pueden servir como modelos de rol en su relación con el estudiante.

2. *Diálogo*, describe el intercambio abierto de pensamientos, ideas u opiniones entre profesor y estudiante.
3. *Práctica*, describe la experiencia del estudiante en las prácticas clínicas.
4. *Confirmación*, describe el papel de los profesores en la construcción de la autoestima al expresar confianza en las habilidades y potencial como futura enfermera del estudiante.

El conjunto inicial de ítems se obtuvo de unas entrevistas individuales con estudiantes de enfermería a los que se les solicitó que describieran un clima de cuidado en el ambiente universitario. Los posteriores estudios de validación y revisión perfilaron una herramienta de 39 ítems que describen hechos que contribuyen a un clima de cuidado en el ambiente universitario. A los usuarios de esta herramienta se les solicita que expresen su nivel de acuerdo o desacuerdo según el clima que ellos perciben en su escuela de enfermería. La respuesta se gradúa con una escala tipo Likert de 6 puntos idéntica a la empleada en la PGCS. La validación psicométrica de la OCCQ reveló una estructura interna de cuatro factores que fueron nombrados *modelado y diálogo*, *práctica*, *confirmación* y *comportamientos de no-cuidado* (183).

La versión final del instrumento es válida y fiable para la valoración del clima organizacional de cuidado en los centros de formación enfermera. El clima es considerado una variable mediadora entre los resultados del estudiante y el proceso formativo, por lo que esta herramienta podría ser válida para la evaluación de los programas docentes, ya que es la única diseñada para este fin (183).

Aunque la PGCS ha sido adaptada culturalmente al coreano y validada psicométricamente (218), en la actualidad, no se han encontrado estudios que empleen la PGCS o la OCCQ para medir el cuidado percibido por los estudiantes de enfermería en la literatura científica disponible. Sin embargo, la PGCS ha sido empleada en un estudio sobre la aceptación del VIH, para medir el cuidado percibido entre los miembros de familias con un miembro afectado (219).

Un estudio realizado en una universidad de Taiwán (220) con el propósito de medir el cuidado percibido entre los estudiantes para evaluar un nuevo programa de estudios basado en el cuidado, consideró la PGCSI como instrumento de medida. Finalmente, esta fue rechazada por tres motivos, porque algunos de los ítems de la PGCSI hacían referencia a las prácticas clínicas y los estudiantes de la población de estudio aún no habían realizado prácticas, porque la edad media de los estudiantes con los que se había validado la PGCSI fue mucho mayor (10 años) de la edad media de la población de estudio y por las diferencias culturales. En su lugar, diseñaron una escala propia, la *Peer Caring Measurement* (PCM). Esta mide el cuidado entre iguales en estudiantes de enfermería conforme a tres dimensiones (220):

1. *Cuidado de ayuda*, incluye ofrecer ayuda a los compañeros y sugerencias para ayudarles a solucionar problemas.
2. *Cuidado académico*, incluye compartir información e instrucciones académicas con los compañeros.
3. *Cuidado emocional*, la habilidad de escuchar, animar, y apoyar a los compañeros.

La PCM cuenta con 17 ítems y los participantes expresan su grado de acuerdo con las afirmaciones de cuidado entre iguales en una escala tipo Likert de 6 puntos en la que 1 significa fuertemente en desacuerdo, 2 moderadamente de acuerdo, 3 ligeramente de acuerdo, 4 ligeramente de acuerdo, 5 moderadamente de acuerdo y 6 fuertemente de acuerdo. Es una escala válida, fiable ($\alpha=0.93$) fácil de usar y se tarda menos de 10 minutos en rellenar. Es útil para valorar el constructo multidimensional de cuidado entre iguales en el entorno universitario de los estudiantes de enfermería (220).

Continuando con los instrumentos de medida del cuidado percibido por los estudiantes de enfermería, la NSPIC es una herramienta diseñada para medir la percepción de los estudiantes de enfermería sobre los comportamientos de sus docentes que manifiestan cuidado. Esta percepción se define como la conciencia de los estudiantes de enfermería de una conexión mutua y recíproca entre el yo y el docente que les permite buscar sentido e integridad y crecer

como enfermeras cuidadoras profesionales (221). La escala está contextualizada dentro de la teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson (25) y relacionada con sus factores de cuidado. Cada ítem refleja más de un factor de cuidado (221) de modo que todos los factores de cuidado están representados en la NSPIC, como se refleja en la Figura 4.

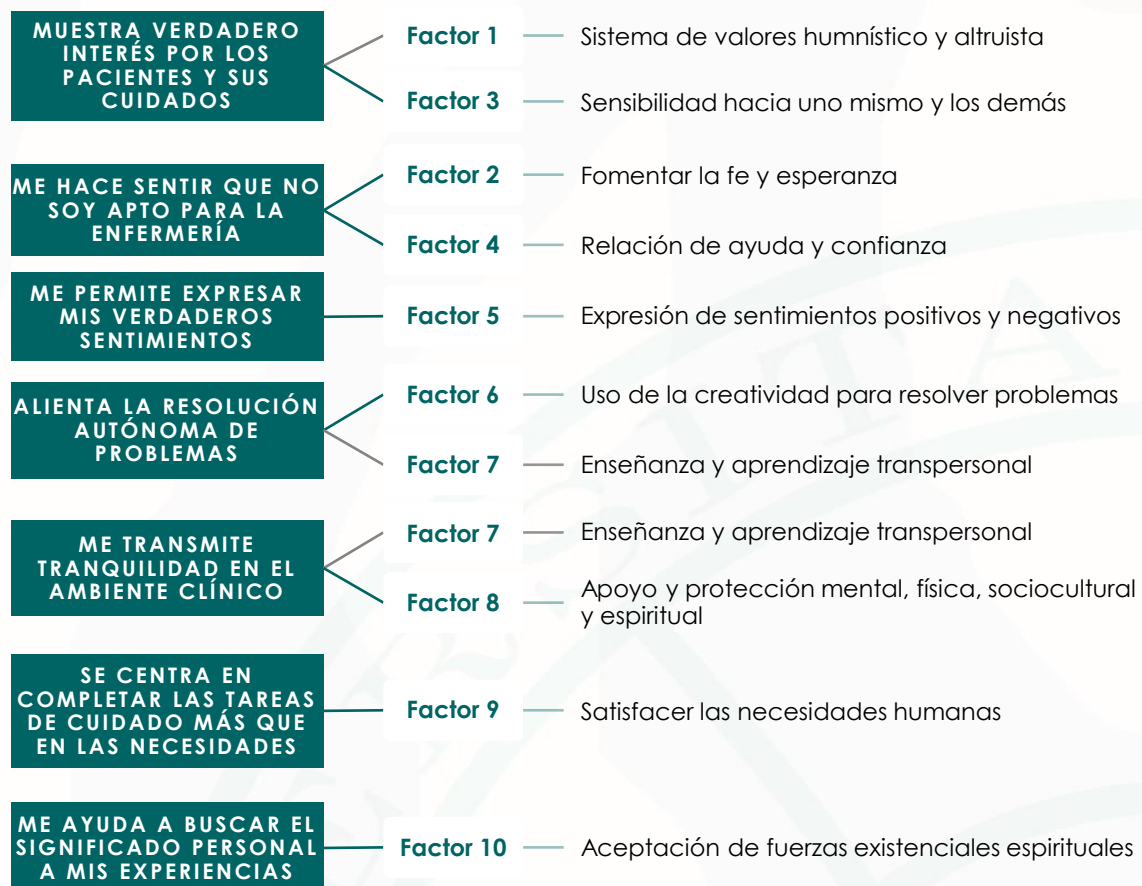


Figura 4 - Ejemplo de correlación de los ítems de la NSPIC con los factores de cuidado de Watson (221).

Según la estructura de la NSPIC, el constructo que pretende medir se compone de 5 dimensiones (222):

1. *Inspira confianza a través del cuidado* (11 ítems), se manifiesta mostrando interés en el cuidado de los pacientes, con amabilidad, inspirando esperanza y competencia.
2. *Clima de aprendizaje y apoyo* (10 ítems), se manifiesta demostrando apoyo en situaciones estresantes, permitiendo al alumno que exprese y acepte sus sentimientos y mostrándose responsable de las necesidades del estudiante.

3. *Reconocimiento del sentido de la vida* (3 ítems), se manifiesta honrando el punto de vista del otro, los aspectos espirituales y las experiencias del estudiante.
4. *Control y flexibilidad* (4 ítems), se manifiesta concediendo descansos a los estudiantes, siendo flexible ante los contratiempos sin usar la situación de poder para controlarlos.
5. *Compartir de forma respetuosa* (3 ítems), mostrar respeto y atención hacia los estudiantes sin imponer las ideas propias.

Las autoras de la escala tomaron como punto de partida un listado de 69 comportamientos de los docentes que transmiten cuidado. Esta lista se elaboró basándose en la literatura y en el marco de los factores de cuidado de Watson. Esta primera versión se sometió a un pilotaje con 20 estudiantes de enfermería para comprobar su claridad y consistencia interna. Los estudiantes encontraron la escala larga y redundante, por lo que los ítems se revisaron y fueron reducidos a 48. La versión de 48 ítem fue evaluada en un estudio de validación en el que participaron 131 estudiantes de enfermería. Como resultado, se obtuvo una escala de 31 ítems con validez y consistencia interna, obteniendo un alfa de Cronbach de 0'97. El análisis factorial agrupó los ítems en 5 factores que explicaron el 71'7% de la varianza (221).

La NSPIC es una escala auto-administrada, su población diana son estudiantes de enfermería a los que se les solicita que gradúen su acuerdo con unos comportamientos de cuidado expresados por sus docentes. Los ítems están redactados en primera persona y los participantes expresan el grado de identificación con la afirmación en una escala tipo Likert de 6 puntos en la que 1 significa fuertemente en desacuerdo, 2 moderadamente en desacuerdo, 3 ligeramente en desacuerdo, 4 ligeramente de acuerdo, 5 moderadamente de acuerdo y 6 fuertemente de acuerdo. El rango de puntuación total oscila entre 31 y 186, donde las puntuaciones más altas indican una más alta percepción del comportamiento valorado en el ítem. En su redacción, 10 de los ítems estaban formulados en negativo, de forma que para la interpretación de los resultados es preciso invertir los valores de la escala Likert (223).

Nos encontramos con un instrumento sencillo y fácil de utilizar que se tarda menos de 15 minutos en rellenar. Es útil en la valoración del cuidado recibido por los estudiantes de enfermería de parte de sus docentes, y se podría emplear para evaluar el resultado del proceso formativo, dimensionando la influencia de las relaciones docente-estudiante en la capacidad de cuidado de las futuras enfermeras (221).

Recapitulando, se han diseñado 5 instrumentos de medida del cuidado percibido desde la perspectiva del estudiante de enfermería: la CAT-edu, cuyo objetivo es medir el cuidado que los estudiantes reciben de sus profesores universitarios; la PGCIS y la PCM se centran en el cuidado entre iguales percibido en las relaciones interpersonales entre estudiantes; la OCCQ tiene como foco el clima organizacional de cuidado del ambiente universitario y la NSPIC, que evalúa el cuidado transmitido por los docentes a los estudiantes en su relación interpersonal.

1.2.2. Estado de la cuestión

El presente estudio pretende valorar la relación de cuidado entre los docentes y los estudiantes del CUECR, como posible modelo de rol para las futuras relaciones de cuidado que los estudiantes establezcan con los pacientes. Consecuentemente, la PGCIS, PCM y OCCQ se descartaron como herramienta de trabajo por diferir en el constructo de medida. Se eligió la NSPIC para la recogida de datos por varios motivos:

1. El objeto de estudio y la población diana coinciden con el propósito de la investigación.
2. Es una herramienta válida, fiable y con características psicométricas aceptables.
3. Es sencilla y fácil de entender y cumplimentar.
4. El número de ítems es considerablemente menor que la CAT-edu y, por lo tanto, más rápida y más amigable a la hora de cumplimentarla.
5. La escala Likert de 6 puntos evita las respuestas de posicionamiento neutro.
6. La NSPIC ha sido validada transculturalmente a otros contextos muy diferentes entre sí, con éxito.

7. Ha demostrado buenos resultados como instrumento de medida en estudios previos.

Centrándonos en el cuidado percibido por los estudiantes de enfermería por parte de sus docentes medido con la NSPIC, esta ha sido empleada en países con contextos culturalmente muy diferentes, tales como Arabia Saudí (224), China (225), Grecia (123, 226), India (123, 226), Filipinas (123, 226), Nigeria (123, 226), Irán (222), Sudáfrica (223), Italia (227), Estados Unidos (228) o Turquía (229). A pesar de este interés internacional que ha generado, el número de los estudios, que han empleado la NSPIC como instrumento de medida es moderado. Se han identificado 9 publicaciones en revistas de impacto que la incluyan (123, 222–229), 6 de ellas son estudios descriptivos que la emplean en la recogida de datos (123, 222–224, 226, 228) y 3 de ellas son estudios de validación métrica del cuestionario en un contexto cultural diferente del que fue diseñada (225, 227, 229).

En relación con la percepción de los estudiantes, los estudios descriptivos informan de un alto nivel de cuidado por parte del tutor (123, 222–224, 226). En ellos se describe un especial aprecio a la confianza inspirada por el tutor, ya que la dimensión identificada como la más valorada en mayor número de estudios es *Infunde confianza a través del cuidado* (123, 222–224, 226). Por el contrario, la dimensión menos valorada es la relación del docente entre *Control y flexibilidad* (123, 222, 223, 226).

En cuanto a los comportamientos más valorados según los estudios, se centran en el cuidado de los pacientes, la identidad profesional y el respeto hacia los estudiantes. Los ítems descritos con puntuaciones más altas fueron *Muestra verdadero interés por los pacientes y sus cuidados* (223), *Me ayuda a visualizarme como enfermera profesional*, *Me hace sentir que puedo tener éxito en mi carrera profesional*, *Me infunde un sentimiento de esperanza hacia mi futuro laboral* (123), *Me respeta como persona* y *Se preocupa por mí como persona* (224). Por el contrario, los comportamientos menos apreciados por los estudiantes están relacionados con la flexibilidad y la ejecución de tareas ajenas al aprendizaje. Los ítems descritos con puntuaciones más bajas fueron *Es inflexible*

cuando se enfrenta a situaciones o sucesos inesperados, Me pide que lleve a cabo actuaciones que interfieren con mis necesidades personales (123) y Me hace sentir que no soy apto para la enfermería (223). Es decir, la relación descrita hasta ahora por los estudiantes con sus tutores clínicos transmite unos comportamientos de cuidado que representan un buen ejemplo para el aprendizaje por modelo de rol.

Los estudios comparativos y correlacionales no han identificado ningún elemento que influya de forma estadísticamente significativa en el cuidado que transmiten los tutores clínicos a los estudiantes. No se ha encontrado relación entre las características sociodemográficas de los estudiantes (tales como edad, sexo, etnia, estado civil ni situación laboral) y su percepción del cuidado por parte de los tutores (123, 223, 228). Meyer et al. solamente identificó una correlación negativa ente la edad de los estudiantes y la valoración de la dimensión *Control vs flexibilidad*, de modo que cuanto más edad tenían los estudiantes, menos valoraban esta dimensión (223). En cuanto a las características académicas, tampoco se han identificado relación ente el curso de estudios del estudiante (123, 223) o la frecuencia de contacto con los docentes (223) y el cuidado que transmiten los tutores.

Sin embargo, sí hay diferencias significativas entre el cuidado percibido entre los docentes de distintos países. Los resultados de un estudio multicéntrico internacional con centros repartidos por Grecia, India, Filipinas y Nigeria revelaron únicamente una relación ente la apreciación del cuidado de los estudiantes de Nigeria con respecto a los de Grecia y Filipinas (123).

Labrague et al. llevó a cabo una investigación para explorar la influencia de los comportamientos de cuidado de los tutores y los comportamientos de cuidado propios de los estudiantes. Los estudiantes participantes emplearon la escala NSPIC para medir el cuidado de los tutores clínicos y la escala *Caring Behaviours Inventory* para medir la autoevaluación de sus propios comportamientos. Se halló una correlación positiva ente los valores de ambas escalas. Es decir, cuanto más cuidado muestran los tutores hacia los estudiantes, más comportamientos de cuidados se reconocen en ellos mismos. Este resultado

pone de manifiesto el impacto de los instructores clínicos como modelos de rol en el aprendizaje del cuidado (226).

El estudio realizado por Fifer, añadió una pregunta abierta al finalizar el cuestionario NSPIC invitando a los participantes a sugerir propuestas de mejora en relación con el tutor clínico. El análisis narrativo de las respuestas las clasificó en las siguientes categorías: *retroalimentación, comunicación, disponibilidad, apoyo, respeto, ecuanimidad, comprensión, organización, profesionalidad, habilidades interpersonales, centralización en tareas y amabilidad* (228).

En relación con el instrumento de medida, todos los trabajos previos coinciden en sugerir más estudios que aporten solidez en las características métricas de la herramienta (123, 222–224, 226). La escala ha sido traducida y pilotada en varios idiomas como el persa (222), griego (123) y árabe (224); aunque este proceso ha sido completado con una validación de las propiedades métricas solamente para el chino (225), italiano (227) y turco (229). En estos tres últimos estudios de validación métrica se identificaron diferencias en la estructura de la escala resultante en cada cultura particular con respecto a la original.

Zhou et al. en 2013 realizaron la validación de la NSPIC al contexto chino. Tras un proceso de traducción y retro-traducción, un panel de cuatro expertos evaluó la equivalencia cultural y validez de contenido de la primera versión, que se pilotó en un grupo de 45 estudiantes de enfermería. La versión resultante se validó en un estudio en el que participaron 256 estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. De ellas, 30 se seleccionaron al azar para la prueba test-retest transcurridas dos semanas, calculando así el Índice de Correlación Intraclass (ICI). Se obtuvo un alfa de Cronbach 0'93 y un coeficiente de Guttman 0'89, lo que demostró la fiabilidad de la escala. En cuanto a la validez de constructo, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) que reveló las mismas dimensiones de la escala original, aunque la asignación de algunos ítems a cada dimensión difiere ligeramente. Posteriormente se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para comprobar esta estructura con otra muestra de 358 estudiantes de enfermería. El estudio concluye con una versión de la

escala, la C-NSPIC, válida y fiable para su uso en estudios del contexto cultural chino (225).

Unos años después, en 2017, Arrigoni et al. desarrollaron un estudio parecido en el entorno italiano. La NSPIC se tradujo al italiano y retro-tradujo al inglés. Un panel de cuatro expertos en educación enfermera e investigación comprobaron la equivalencia semántica y cultural. Se reclutaron 333 estudiantes de enfermería de tres universidades diferentes para la validación psicométrica. Se obtuvo una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach 0'94 y el ICI=0'93 como resultado de la prueba test-retest que se realizó con 25 estudiantes trascurridos 30 días. Para la validez de criterio se empleó la *Clinical Learning Environment and Supervision plus nurse Teacher scale* como *gold standard*, concretamente la dimensión relación de supervisión, con una correlación significativa entre ambas puntuaciones ($p<0'05$). El AFE agrupó los ítems en una estructura de cuatro factores que no incluyó la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida* dado que sus ítems resultaron recogidos en la dimensión *Clima de aprendizaje y apoyo*. La versión final de la I-NSPIC se sugiere válida y fiable para medir el cuidado que transmiten los instructores clínicos a los estudiantes italianos (227).

Recientemente en 2019, Ozan et al. han adaptado transculturalmente la NSPIC al turco. La versión consensuada tras la traducción y retro-traducción al turco fue revisada por un panel de 10 expertos que evaluaron su validez de contenido. Las sugerencias de los expertos se incorporaron a la versión turca y esta se pilotó con un grupo de 10 estudiantes de enfermería. Posteriormente se realizó un estudio de validación psicométrica en el que participaron 344 estudiantes de enfermería en el que se comprobó la consistencia interna obteniendo un con un a de Cronbach 0'94. Se realizó la prueba de la fiabilidad intra-observador con una prueba test-retest a un grupo de 30 estudiantes trascurridas tres semanas, resultando una fuerte correlación entre ambas medidas. El AFE reveló una estructura de cuatro dimensiones, confirmada con un AFC, en la que la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida* no se manifiesta, al resultar sus ítems relacionados con otra dimensión, *Infunde*

confianza a través del cuidado. Los resultados avalan una versión válida y proporciona una versión fiable de la NSPIC para ser empelada en el contexto turco en la medida del cuidado percibido por los estudiantes de enfermería a través de los comportamientos de sus docentes (229).

Ninguno de los estudios se ha desarrollado en el contexto español, dado que la escala aún no ha sido adaptada transculturalmente a nuestra realidad.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESIS

En el presente trabajo se plantearon las siguientes hipótesis principales:

- La *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* es un instrumento válido y fiable para medir los comportamientos que expresan cuidado que los estudiantes de enfermería perciben por parte de sus docentes.
- Los docentes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja transmiten un alto nivel de cuidado al alumnado a través de sus comportamientos.
- Existen diferencias estadísticamente significativas sobre la percepción de cuidado del alumnado transmitido por los docentes entre el ámbito académico y el clínico, entre la percepción de los docentes y los estudiantes y entre los cursos.

Para dar respuesta a los objetivos exploratorios sobre las diferencias y semejanzas entre las percepciones, se planteó el contraste de las siguientes hipótesis exploratorias:

- Hipótesis nula nº1: no existen diferencias significativas entre las dimensiones de la *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* según el curso de los estudiantes, al valorar la percepción del cuidado recibido por parte de los tutores clínicos, según el curso de los estudiantes.
- Hipótesis alternativa nº1: existen diferencias significativas entre las dimensiones de la *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* según el curso de los estudiantes, al valorar la percepción del cuidado recibido por parte de los tutores clínicos, según el curso de los estudiantes.
- Hipótesis nula nº2: no existen diferencias significativas entre la percepción de los estudiantes y los tutores clínicos al valorar las dimensiones de la

Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring sobre el cuidado expresado en la relación establecida entre ambos.

- Hipótesis alternativa nº2: existen diferencias significativas entre la percepción de los estudiantes y los tutores clínicos al valorar las dimensiones de la *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* sobre el cuidado expresado en la relación establecida entre ambos.
- Hipótesis nula nº3: no existen diferencias significativas entre las dimensiones de la *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* al valorar la percepción del cuidado recibido por parte de los profesores académicos, según el curso de los estudiantes.
- Hipótesis alternativa nº3: existen diferencias significativas entre las dimensiones de la *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* al valorar la percepción del cuidado recibido por parte de los profesores académicos, según el curso de los estudiantes.
- Hipótesis nula nº4: no existen diferencias significativas entre la percepción de los estudiantes y los profesores académicos al valorar las dimensiones de la *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* sobre el cuidado expresado en la relación establecida entre ambos.
- Hipótesis alternativa nº4: existen diferencias significativas entre la percepción de los estudiantes y los profesores académicos al valorar las dimensiones de la *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* sobre el cuidado expresado en la relación establecida entre ambos.
- Hipótesis nula nº5: no existen diferencias significativas entre las dimensiones de la *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* al valorar la percepción de los estudiantes sobre el cuidado que les transmiten los tutores clínicos y los profesores académicos en las relaciones interpersonales que mantienen con ellos.

- Hipótesis alternativa nº5: existen diferencias significativas entre las dimensiones de la *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* al valorar la percepción de los estudiantes sobre el cuidado que les transmiten los tutores clínicos y los profesores académicos en las relaciones interpersonales que mantienen con ellos.
- Hipótesis nula nº6: no existen diferencias significativas entre las dimensiones de la *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* al valorar el cuidado que los tutores clínicos creen transmitir con el cuidado que los profesores académicos creen transmitir.
- Hipótesis alternativa nº6: existen diferencias significativas entre las dimensiones de la *Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring* al valorar el cuidado que los tutores clínicos creen transmitir con el cuidado que los profesores académicos creen transmitir.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivos generales

- Obtener una versión de la *Nursing Students' Perceptions of Instructors' Caring* culturalmente adaptada al contexto español, para disponer de una herramienta adecuada para la valoración del cuidado transmitido por los docentes.
- Describir el modelo de cuidado que transmiten los docentes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja a través de sus comportamientos.

2.2.2. Objetivos específicos

- Aportar un instrumento de medida cuantitativo de los comportamientos que expresan cuidado mostrados por los docentes según la percepción de los estudiantes de enfermería para un mejor conocimiento de la materia.

- Explorar el cuidado que los docentes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja transmiten a los estudiantes por medio de sus comportamientos, desde la perspectiva del alumnado y de su propia percepción, a través de una relación interpersonal que fomente un clima de aprendizaje y apoyo, la autonomía profesional y favorezca el reconocimiento del sentido de la vida, en un clima de flexibilidad y confianza.
- Identificar congruencias y divergencias entre las percepciones de cuidado transmitido por el profesorado y percibido por el alumnado.
- Identificar diferencias entre el curso de los participantes y los comportamientos de cuidado percibidos.
- Identificar diferencias entre los comportamientos de cuidado percibidos de los docentes de área clínica y los docentes teóricos.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE DISEÑO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, de aproximación cuantitativa. Previamente, se desarrolló la adaptación transcultural al contexto español de la escala que se empleó en la recogida de datos. Por lo tanto, el diseño integra 2 fases:

- Fase 1. Validación transcultural de la escala de medida mediante un diseño de estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.
- Fase 2. Descripción de la percepción de los comportamientos de cuidado manifestados en la relación docente-estudiante y contraste de hipótesis, mediante un diseño de estudio observacional, descriptivo, transversal.

El presente estudio se desarrolla desde un enfoque cuantitativo dado que pretende medir la percepción del cuidado transmitido en la relación docente-estudiante durante el periodo de formación enfermera. Como se ha mencionado anteriormente, el cuidado es un concepto ambiguo y subjetivo que se interpreta de forma individual. Por lo tanto, el abordaje cualitativo, en principio, sería la primera elección para un acercamiento a este fenómeno. Para las personas, es complicado convertir en indicadores concretos todo un universo de sentimientos y vínculos emocionales asociados al cuidado que pertenecen al ámbito de lo privado. Cualquier aproximación cuantitativa deja de lado numerosas connotaciones inalcanzables desde este abordaje, que pueden ser esenciales para la comprensión del fenómeno (183). El cuidado en sí mismo, no puede medirse de una forma auténtica que proporcione una imagen real del concepto, a menos que se adopte un enfoque fenomenológico que considere el amplio escenario en el que se desarrolla (182). Aun así, la propiedad intangible del cuidado no lo convierte en inaccesible, de hecho, se han diseñado numerosos instrumentos de medida cuantitativa del cuidado cuya intención es aportar una perspectiva diferente a las aproximaciones cualitativas del cuidado que ayude a su mejor comprensión (184). El análisis cuantitativo, aunque no proporciona un estudio profundo y completo del concepto de cuidado,

complementa a los numerosos trabajos cualitativos para una mejor comprensión del concepto. Este tipo de trabajos puede arrojar cierta luz a la amalgama de abordajes e interpretaciones de los cuidados enfermeros, sobre los que no existe consenso (183). Además, el enfoque cuantitativo acota y delimita el fenómeno de forma dimensionable. Esto permite que pueda ser comparado con otras variables y establecer relaciones entre ellas, ampliando así el conocimiento y comprensión del concepto.

Se eligió un diseño de estudio observacional dado que el equipo investigador no manipuló ninguna de las variables, sino que se limitó a observar la percepción del cuidado expresado en la relación docente-estudiante por parte de todos sus protagonistas. Las variables fueron descritas y analizadas, estableciendo relaciones entre ellas, sin que ninguna fuere introducida o modificada por los investigadores, por lo que el estudio mantiene el corte observacional (230).

En relación con la finalidad, se optó por un estudio descriptivo correlacional puesto que se pretendió medir el fenómeno en cuanto a la frecuencia y las características en las que aparece de forma natural, sin control ni restricción de las condiciones contextuales. Adicionalmente, se exploraron las relaciones entre las variables de forma comparativa, sin pretender establecer causalidad, pero si describir su vínculo al presentarse de forma conjunta (231).

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.2.1. Fase 1. Validación transcultural

En esta fase se obtuvo una versión de la NSPIC culturalmente adaptada y con validez y fiabilidad para emplearse en el contexto español. La NSPIC fue originalmente diseñada para medir el cuidado que perciben los estudiantes de enfermería de los instructores clínicos. Los usuarios para la que fue diseñada originalmente son los estudiantes de enfermería estadounidenses. Por lo tanto, la población diana, es decir, la población a la que se desea generalizar los resultados (232), son los estudiantes de enfermería del entorno español. En la fase de validación transcultural, además de estudiantes de enfermería españoles, se pretendió seleccionar una población de estudio lo más similar posible a la población usuaria del cuestionario en la siguiente fase del presente estudio.

Por este motivo, se consideró como población de estudio para la validación de la S-NSPIC los estudiantes de enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Esta facultad incluye en su oferta docente la titulación de Grado en Enfermería, que se imparte en tres unidades docentes propias, Virgen Macarena, Virgen del Rocío y Virgen de Valme; y en tres centros adscritos, Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Centro Universitario de Enfermería Francisco Maldonado y Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja (CUECR). El plan de estudios es común para todos los centros, con idéntica distribución de créditos teóricos, prácticos y materias. Tanto unidades docentes propias, como centros adscritos, imparten las mismas asignaturas siguiendo un único programa coordinado desde la Facultad. Es decir, los estudiantes de todos los centros reciben la misma formación según las mismas directrices. Además, al estar los dos centros, tanto la facultad como el CUECR, ubicados en la misma ciudad, comparten el mismo contexto cultural.

Para participar en el estudio de validación, se estableció la condición de haber realizado al menos un periodo de prácticas en un centro asistencial no extranjero (dado que se pretendía validar en el contexto español), ya que la NSPIC fue diseñada originalmente para medir el cuidado transmitido por los

tutores a los estudiantes durante sus prácticas clínicas. Para elaborar una herramienta equivalente, la validación debía medir la misma percepción y los participantes deben haber vivido la experiencia.

La población de estudio, es decir, los sujetos considerados idóneos para la recogida de datos (232), se definió según los siguientes criterios:

Criterios de selección:

- Estar matriculado en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, en la titulación de Grado de Enfermería.
- Haber realizado al menos un periodo de prácticas asistenciales.
- Criterios de exclusión:
 - Haber realizado las prácticas asistenciales en un centro sanitario extranjero con un programa de intercambio.

Según el plan de estudios vigente, las prácticas clínicas (Practicum) se imparten a partir del segundo cuatrimestre del segundo curso. Se planificó la recogida de datos durante el primer cuatrimestre del curso, por lo tanto, solamente los estudiantes de tercer y cuarto curso habían realizado prácticas clínicas. Del total de alumnos matriculados, 460 estudiantes de enfermería pudieron ser candidatos de estudio, conforme a los criterios establecidos.

3.2.2. Fase 2. Estudio descriptivo

En esta fase se valoró la percepción del cuidado de los estudiantes de enfermería del CUECR transmitido por sus docentes, y la autopercepción de los propios docentes.

El CUECR es un centro adscrito a la Universidad de Sevilla e imparte la titulación de Grado de Enfermería. Por lo tanto, la población diana, es decir, la población a la que se desea generalizar los resultados, estaba conformada por los docentes y discentes implicados en la formación en el CUECR. La población se definió según los siguientes criterios:

Criterios de selección:

- Vinculación académica con el CUECR, en calidad de alumno matriculado, profesor académico o tutor clínico de un centro sanitario con convenio vigente con el CUECR.
- Haber desempeñado el rol de estudiante, profesor académico o tutor clínico durante el curso académico 2017/18.
- Haber realizado las prácticas clínicas en un centro sanitario que sostenga un convenio vigente con el CUECR.

Criterios de exclusión:

- No haber desempeñado labores docentes durante todo el curso académico 2017/18 por situación de baja laboral, baja maternal, excedencia u otra situación que le haya apartado de su función docente.
- Haber realizado las prácticas clínicas en un centro sanitario diferente a los habituales por convenio con el CUECR, en un programa de intercambio nacional o internacional.

La población de estudio se componía de tres grupos con perfiles diferentes:

- Estudiantes: se denomina así a los participantes matriculados en el Grado de Enfermería del CUECR. Entre ellos, los hay que han realizado prácticas clínicas (alumnado de segundo, tercer y cuarto curso) y los que aún no (alumnado de primer curso).
- Profesorado académico: se denomina así a los profesionales que imparten docencia teórica en el CUECR.
- Tutores clínicos: se denomina así a los profesionales de enfermería que en su centro asistencial de trabajo acompañan y enseñan al alumnado asignado, la práctica profesional.

Siguiendo los criterios de selección establecidos, la población total de estudio se compuso de 504 sujetos, distribuidos de la siguiente forma según su perfil:

- 55'5% (n=280) fueron estudiantes de enfermería matriculados en el CUECR en ese periodo.
- 6'0% (n=30) profesores académicos que impartieron su docencia en el Centro.
- 38'5% (n=194) tutores clínicos que guiaron y supervisaron al alumnado en ese periodo durante sus prácticas en el entorno clínico.

En relación con los estudiantes de enfermería, según los registros de CUECR, la población total de estudio responde a la siguiente distribución: 26'8% (n=75) pertenecen al primer curso, 17'5% (n=49) al segundo, 26'8% (n=75) al tercero y 28'9% (n=81) al cuarto curso. Para la asignación del curso, se consideró el curso más alto en el que el alumno se había matriculado de al menos una asignatura. Los estudiantes tienen una edad media de $22'4 \pm 5'1$ años y son mayoritariamente mujeres 80'0% frente a hombres 20'0%. Las características sociodemográficas del grupo de población total de estudiantes se resumen en la Tabla 2. Para la estimación de la nota de acceso a la Universidad, se tuvo en cuenta exclusivamente a los alumnos que hubiesen accedido por la vía de selectividad o de ciclo formativo superior, dado que las demás vías de acceso cuentan con una prueba específica cuya calificación se configura de forma diferente y no comparable a las vías de acceso consideradas.

Nº de casos	Primero 26,8% (n=75)	Segundo 17,5% (n=49)	Tercero 26,8% (n=75)	Cuarto 28,9% (n=81)	Total (n=280)
Edad					
M ± IC	20'6 ± 0'9	22'2 ± 1'9	22'5 ± 1'0	24'1 ± 1'1	22'4 ± 0'6
Sexo					
Mujeres	78'7% (n=59)	71'4% (n=35)	78'7% (n=59)	87'6% (n=71)	80'0% (n=224)
Hombres	21'3% (n=16)	28'6% (n=14)	21'3% (n=16)	12'4% (n=10)	20'0% (n=56)
Nota acceso					
M ± IC	10'7 ± 0'1	10'8 ± 0'1	10'5 ± 0'1	10'1 ± 0'1	10'5 ± 0'05
Vía de acceso					
Selectividad	57'3% (n=43)	63'3% (n=31)	66'7% (n=50)	60'5% (n=49)	61'8% (n=173)
Ciclo	34'7% (n=26)	26'5% (n=13)	21'3% (n=16)	24'7% (n=20)	26'8% (n=75)
Mayores 25	5'3% (n=4)	2'0% (n=1)	2'7% (n=2)	3'7% (n=3)	3'6% (n=10)
Mayores 40	1'3% (n=1)	2'0% (n=1)	1'3% (n=1)	1'2% (n=1)	1'4% (n=4)
Mayores 45	0'0% (n=0)	0'0% (n=0)	0'0% (n=0)	0'0% (n=0)	0'0% (n=0)
Titulación	1'3% (n=1)		1'3% (n=1)	0'0% (n=0)	0'7% (n=2)
Otros	0'0% (n=0)	0'0% (n=0)	6'7% (n=5)	9'9% (n=8)	5'7% (n=16)

M=media; IC=Intervalo de Confianza

Tabla 2 - Características sociodemográficas del grupo de población estudiantes.

En relación con los profesores académicos y según los registros del CUECR, la población total de este grupo tiene una edad media de 44'3 ± 10'5 años, y está compuesto por más hombres 56'7% (n=17) que mujeres 43'3% (n=13).

En relación con los tutores clínicos, se trataban de enfermeras que ejercían su labor profesional asistencial, y según los datos de 2018 del Instituto Nacional de estadística, la distribución por sexos del colectivo de enfermería en activo en la provincia de Sevilla es 22'7% hombres y 77'3% mujeres (233). En cuanto a la edad, el 76'3% de los profesionales de enfermería que ejercen en Andalucía tienen entre 40 y 60 años y el 18'3% tiene una edad inferior a 40 años (234).

El CUECR tiene convenio con 15 centros de asistencia sanitaria que acogen a su alumnado para realizar prácticas clínicas, además de la red

de centros de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud. Según las características del centro, estos pueden ser un hospital privado o público, un centro de atención primaria, una residencia geriátrica o una mutua laboral. Cada centro ofrece un número variable de plazas dependiendo de su capacidad. El presente estudio se desarrolló en el segundo cuatrimestre del curso académico 2017/18. Según el plan de estudios vigente para este curso del CUECR, las prácticas asistenciales se recogen en las asignaturas Practicum I, Practicum III y Practicum V, con un total de 194 estudiantes matriculados. Cualquier profesional de enfermería empleado por uno de los centros asistenciales con convenio es susceptible de ejercer de tutor clínico. Se estableció esta cifra de estudiantes matriculados en algún Practicum como el número de tutores clínicos, dado que cada estudiante tiene asignado un tutor clínico que le orienta y acompaña durante su periodo de prácticas.

La distribución de los estudiantes en los centros es heterogénea, atendiendo a las necesidades formativas de cada Practicum. Los estudiantes de los Practicum I y III fueron asignados en su mayoría a centros hospitalarios de carácter privado (91'7% y 82'2% respectivamente) y solamente los estudiantes del Practicum V realizaron prácticas en centros públicos, tanto hospitales como centros de salud (24'6% en ambos casos). A continuación, la Tabla 3 expone la relación de centros y los estudiantes que acogieron durante el segundo cuatrimestre del curso académico 2017/18, de acuerdo con los registros de CUECR:

Centro	Practicum I	Practicum III	Practicum V	Total
Clínica de Fátima	n=7	n=5	n=3	n=15
Clínica Sagrado Corazón	n=9	n=18	n=8	n=35
Clínica Santa Isabel	n=5	n=11	n=5	n=21
Hospital Vithas Aljarafe	n=2	n=3	n=2	n=7
Hospital Infanta Luisa	n=6	n=8	n=6	n=20
Hospital San Agustín	n=5	n=1	n=0	n=6
Hospital San Juan de Dios	n=2	n=3	n=2	n=7
Hospital Santa Angela de la Cruz	n=6	n=9	n=4	n=19
Hospital Victoria Eugenia	n=2	n=2	n=1	n=5
Hospital FREMAP	n=0	n=8	n=6	n=14
Mutua Universal	n=1	n=1	n=0	n=2
Fundación Vitalia	n=1	n=1	n=0	n=2
Residencia Ntra. Sra. de la Consolación	n=1	n=1	n=0	n=2
Residencia Gerón	n=1	n=2	n=0	n=3
Hospital Infantil Virgen del Rocío	n=0	n=0	n=18	n=18
Centros de Atención primaria	n=0	n=0	n=18	n=18
TOTAL	n=48	n=73	n=73	n=194
Tipo de centro				
Hospital privado	91'7% n=44	82'2% n=60	42'5% n=31	69'6% n=135
Hospital público	n=0	n=0	24'6% n=18	9'3% n=18
Atención primaria	n=0	n=0	24'6% n=18	9'3% n=18
Residencia geriátrica	6'2% n=3	5'5% n=4	n=0	3'6% n=7
Mutua laboral	2'1% n=1	12'3% n=9	8'3% n=6	8'2% n=16
TOTAL	24'8% n=48	37'6% n=73	37'6% n=73	n=194

Tabla 3 - Distribución del número de estudiantes de enfermería por centro de prácticas.

3.3. MUESTRA

3.3.1. Fase 1. Validación transcultural

Para configurar la muestra en esta fase se siguió un método no probabilístico de conveniencia, priorizando la accesibilidad al alumnado. El método de muestreo por conveniencia no es considerado sólido, ya que reduce la capacidad de generalización de los resultados a la población de estudio (231). Sin embargo, en esta fase no se pretendió describir el fenómeno en la población de estudio, sino comprobar las propiedades psicométricas de un instrumento piloto. Por ello, se priorizó el acceso a individuos que cumplan las características de los futuros usuarios de la escala, frente a la generalización (235).

En la validación transcultural participaron 315 estudiantes de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, matriculados en los cursos de tercero o cuarto, que asistieron a clase los días acordados para la recogida de datos con el profesorado al que se eligió por relación personal con los investigadores. En cuanto al tamaño de la muestra, para este tipo de estudio, se recomienda contar con al menos 10 sujetos por cada ítem, lo que en este caso supone un mínimo de 310 participantes (236).

Entre estos participantes, 70 fueron elegidos por conveniencia para la prueba pre-posttest de fiabilidad intra-observador. Con esta cifra se supera ampliamente la muestra recomendada en la literatura (237). Para la prueba pre-posttest, se precisa garantizar un grupo de participantes a los que se pudiese tener acceso en dos ocasiones transcurrido un determinado espacio de tiempo, por lo que se recurrió a un método de conveniencia. Se seleccionó a un grupo de alumnos que tenía asignado en el horario dos actividades académicas de asistencia obligatoria con un intervalo de tiempo de dos semanas entre ambas. Se debe aclarar el carácter obligatorio de la asistencia a la actividad, no la participación en la investigación. De este modo se aseguraba acceder al mismo alumnado en dos ocasiones consecutivas, dejando a su elección la participación. Se seleccionó al alumnado de la unidad docente Virgen Macarena (por proximidad geográfica) matriculados en la asignatura de

Enfermería del envejecimiento (por relación personal con el equipo investigador).

3.3.2. Fase 2. Estudio descriptivo

Como se ha mencionado anteriormente, según la perspectiva de la percepción del cuidado recibido o transmitido se distinguen tres grupos de participantes en la población de estudio, estudiantes, profesorado académico y tutores clínicos. Se obtuvo una muestra con la representación de estos grupos de forma similar a la composición de la población, por lo tanto, se seleccionó un diseño de muestra por cuotas (238). El muestreo por cuotas pretende reproducir los grupos presentes en la población de estudio y evitar la infrarrepresentación, al seleccionar intencionadamente un número de participantes mínimo de cada grupo. Aunque se trata de una técnica no probabilística, mejora la representatividad de la muestra frente al muestreo por conveniencia (239). La selección de los participantes de cada cuota se realizó por conveniencia, respondiendo a la decisión del equipo investigador de priorizar la accesibilidad a los participantes y ganar operatividad.

Para la selección de los participantes entre los estudiantes, se siguió un método de muestreo accidental, la asistencia a clase en los días establecidos para la recogida de datos. Con la intención de acceder a la totalidad de la población y obtener un número de muestra lo más alta posible, para la recogida de datos se seleccionaron días en los que la asistencia a clase fuese obligatoria según el programa docente de la asignatura. En el caso del grupo de los profesores académicos, se contactó personalmente por correo electrónico con la totalidad de la población para invitarles a participar en el estudio. Con respecto a la cuota de tutores clínicos, se recurrió a un sistema de muestro por conveniencia accidental, coincidiendo con dos visitas concertadas a los centros asistenciales. Dado el elevado número de centros de prácticas, su variabilidad y dispersión geográfica, se priorizó la accesibilidad a los datos, seleccionándose para la muestra a los tutores académicos presentes el día de la visita.

Se calculó el tamaño de muestra mínimo para cada cuota necesario para una muestra equivalente a la población, con una precisión del 3% y un nivel de confianza del 95%. Con estas condiciones, la muestra mínima necesaria se estableció en 342 participantes. El tamaño en función del perfil de participante resultó 192 estudiantes, 21 profesores académicos y 132 tutores clínicos como mínimos.

Es necesario hacer una distinción entre la selección de los docentes que participaron en el estudio valorando sus propios comportamientos de cuidado, y la selección de los docentes que fueron evaluados por los estudiantes. En relación con estos últimos, se asume que cualquier tutor clínico establecía una estrecha relación de cuidado con los estudiantes mientras realiza las prácticas, por lo tanto, no es preciso establecer criterios de selección. Sin embargo, no se daban las mismas circunstancias con los profesores académicos, ya que no todos tenían la misma asignación de créditos docentes y no comparten el mismo tiempo con los estudiantes ni establecen las mismas relaciones interpersonales.

Dado que se pretendía medir el cuidado transmitido en la relación docente-estudiante, se procuró seleccionar al profesorado con una actividad docente suficiente como para establecer una interacción significativa para los estudiantes. Se pretendía evitar al profesorado con carga lectiva pequeña, que no hubiese tenido la oportunidad de establecer relaciones interpersonales con el alumnado. Para ello, se calculó la carga lectiva media del profesorado medida en créditos ECTS asignados en el Proyecto de Asignación Docente del curso 2017/18 del CUECR. Según este, el profesorado tenía un promedio de carga lectiva de 13'46 créditos, por lo que se seleccionaron a 11 docentes con una carga asignada superior o igual al promedio.

3.4. VARIABLES DE ESTUDIO

3.4.1. Variables independientes

- Variables sociodemográficas del alumnado: edad, sexo, estado civil, curso académico, situación laboral, vía de acceso, nota numérica de acceso, preferencia de opción de estudios, tipo de centro de estudios previos, centro de prácticas, servicio de prácticas, experiencia previa en cuidados.
- Variables sociodemográficas del profesorado y tutores clínicos: edad, sexo, estado civil, años de titulación, años de experiencia asistencial, años de experiencia en tutela, años de experiencia en docencia, centro de trabajo, servicio de trabajo.
- Profesor académico: se trata del profesorado que imparte docencia teórica circunscrita al entorno académico del CUECR. Se incluye también al profesorado que imparte talleres prácticos porque no se realizan en un entorno clínico, a pesar de que la materia impartida tenga un enfoque práctico.
- Tutores clínicos: se trata de los profesionales de enfermería que guían, supervisan y orientan el aprendizaje del alumnado en el entorno clínico profesional.

3.4.2. Variables dependientes

- Cuidado percibido por los estudiantes de parte de sus docentes académicos y clínicos a través de la relación interpersonal establecida entre ambos.
- Autopercepción del cuidado transmitido por los docentes académicos y tutores clínicos en sus acciones y relaciones interpersonales con el alumnado.

En las variables dependientes, el concepto de cuidado es definido como la conciencia de una conexión mutua y recíproca entre uno mismo y el instructor o docente, que le permite buscar significado e integridad y crecer como profesionales del cuidado (221).

3.5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Las características sociodemográficas de la muestra se midieron con dos cuestionarios diseñado para tal propósito. Uno de ellos dirigido al alumnado, que incluye las variables edad, sexo, curso de estudios, estado civil, situación laboral, nota de acceso a los estudios de Grado, opción de estudios (si enfermería fue la primera opción), tipo de centro donde se cursaron los estudios previos a la universidad, vía de acceso, centro asistencial donde se realizaron las prácticas, servicio, función preferida de la enfermería (asistencial, docente, investigadora o gestora), actividad de postgrado, especialidad preferida de la enfermería, área de trabajo preferida y experiencia previa en cuidados (Anexo 1. Cuestionario de características sociodemográficas de los Estudiantes participantes.). Otro dirigido a los docentes, que recoge las variables edad, sexo, estado civil, titulación, años desde que terminó los estudios, años de experiencia asistencial, años de experiencia docente, años de tutela de alumnos en prácticas, centro de trabajo y servicio (Anexo 2. Cuestionario de características sociodemográficas de los docentes participantes.).

La medición de la percepción de cuidar se realizó a través de la *Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring* (NSPIC). Es una herramienta diseñada para medir la percepción de los estudiantes de enfermería sobre los comportamientos que transmiten cuidado de sus docentes (221), descrita anteriormente (Anexo 3. Versión original de la Nursing Students' Perceptions of Instructor's Caring.).

Para la validez de criterio se empleó como *gold standard* la versión culturalmente adaptada al contexto español de la *Clinical Placement Evaluation Tool* (CPET) (Anexo 4. Clinical Placement Evaluation Tool.).

La CPET es una escala de valoración diseñada para medir la valoración del estudiante sobre sus prácticas clínicas. Se trata de un cuestionario autoadministrado, sencillo, fácil de entender y rápido de rellenar, que proporciona información rigurosa, relevante y de gran utilidad sobre las prácticas clínicas desde la perspectiva del estudiante. Los autores configuraron

inicialmente un listado de 65 ítems descriptivos de las prácticas clínicas, basándose en la literatura revisada sobre el tema y los resultados de entrevistas semi estructuradas realizadas a 30 estudiantes y 6 profesionales de enfermería. Este listado inicial se sometió a una prueba piloto en la que participaron 130 estudiantes de enfermería de tres centros internacionales, de la que se obtuvo la herramienta final. Esta se compone de 15 ítems de respuesta dicotómica, relacionados con cinco aspectos: *la transmisión de información* (cinco ítems), *el esfuerzo de los estudiantes* (dos ítems), *las características del tutor* (cinco ítems), *las relaciones en el equipo* (dos ítems) y *la calidad de los cuidados* (un ítem). La puntuación oscila entre 0 y 15 puntos, siendo 15 la valoración más positiva del lugar de prácticas (240).

La CPET ha sido validada en el contexto español, obteniéndose una buena validez de contenido, de constructo y fiabilidad, con un coeficiente de Cronbach $\alpha=0.993$, en un estudio realizado en el área de Atención Primaria con 186 estudiantes de enfermería. El resultado es una herramienta modificada de 17 ítems con una escala Likert de cinco puntos, siendo 1 totalmente de acuerdo y 5 totalmente en desacuerdo. Tiene de rango 17-85, según la cual una puntuación más baja significa una percepción mejor del lugar de las prácticas clínicas. Una percepción óptima de las prácticas clínicas se considera para aquellas puntuaciones por debajo del percentil 50, y una percepción subóptima se consideró para aquellas puntuaciones por encima del percentil 50 (241).

Esta escala ha sido elegida como criterio estándar para la validez de criterio del presente trabajo porque está adaptada al contexto cultural español. Además, existe una fuerte relación entre la valoración positiva de las prácticas clínicas por parte del alumnado y su relación con el instructor.

No se ha identificado ninguna escala adaptada al contexto español que mida el mismo concepto de la NSPIC, es decir, la percepción de los estudiantes sobre el cuidado transmitido por sus instructores. Sin embargo, se ha adaptado transculturalmente al contexto español la *Clinical Placement Evaluation Tool* (CPET).

3.6. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA ESCALA NSPIC AL ESPAÑOL

Aunque la S-NSPIC ha sido validada previamente, el proceso de validación debe repetirse cuando vaya a utilizarse en un idioma y un entorno cultural diferente del que fue diseñada (242). Los instrumentos no validados limitan la interpretación de los datos, y al no ser rigurosos, no contribuyen a la construcción del conocimiento científico (243). La traducción simple de un cuestionario no es suficiente, puede inducir a errores causados por las diferencias culturales y de significados (237). La adaptación transcultural persigue obtener una herramienta equivalente a la elaborada en el país de origen, siguiendo una metodología que asegure la equivalencia conceptual y semántica con el original (236). A veces, se asume que la adaptación cultural a un idioma diferente garantiza las características psicométricas del instrumento (237). Sin embargo, es necesario volver a medir sus características psicométricas tras adaptar culturalmente un cuestionario al medio donde se pretende utilizar (242).

Se realizó un estudio de validación transcultural y análisis psicométrico de la escala NSPIC. Para ello, se siguieron las recomendaciones de Ramada-Rodilla et al. elaboradas tras una reciente exhaustiva revisión bibliográfica sobre la metodología de traducción y adaptación transcultural de cuestionarios de salud (237). El proceso se desarrolló en dos etapas:

- Traducción
- Validación psicométrica

3.6.1. Traducción

En esta etapa se obtuvo una versión española del instrumento con equivalencia semántica y conceptual. Se siguió la secuencia de pasos recomendados: traducción directa, síntesis, traducción inversa, consolidación y pilotaje (237).

Traducción directa: dos traductoras bilingües independientes cuya lengua materna es el español, realizaron una primera traducción del instrumento. Una de las traductoras es enfermera y está familiarizada con el lenguaje específico enfermero empleado en el cuestionario y la otra es filóloga inglesa, por lo que además de ser experta en el idioma inglés, tiene experiencia en la traducción de textos. Esta traducción se realizó de forma independiente por ambas traductoras buscando una equivalencia conceptual y atendiendo tanto a los tecnicismos sanitarios como al lenguaje coloquial.

Síntesis: las traducciones fueron contrastadas por las traductoras. El equipo investigador unificó las dos versiones de las traductoras y elaboró una solicitud de consenso que contenía ambas traducciones. Se solicitó a las dos traductoras su aprobación de la versión unificada y las posibles recomendaciones. Las propuestas fueron incorporadas a la versión unificada y se volvió a enviar a las traductoras para su consenso. Las modificaciones y aportaciones se volcaron en una única traducción del cuestionario, la *versión de síntesis* en el idioma de destino. En el caso de que no existir consenso, la participación del equipo de investigación estaba prevista, aunque no fue necesaria.

Traducción inversa: la *versión de síntesis* consensuada fue retro-traducida al inglés por los dos traductores bilingües cuya lengua materna es el inglés, con el mismo bagaje lingüístico y sanitario que los anteriores. Los retro-traductores trabajaron de forma independiente, a ciegas con respecto a la versión original de la escala y buscando la equivalencia semántica de los conceptos.

Consolidación: se configuró un comité multidisciplinar bilingüe formado por un experto en metodología, una experta en el marco conceptual enfermero, una profesional de enfermería, los cuatro traductores y el equipo investigador. El objetivo de este comité fue comparar la versión original con las dos traducciones directas, la *versión de síntesis* y las dos retro-traducciones, para generar un único cuestionario consolidado pre-final

adaptado al idioma de destino, *la versión de consolidación*. Los miembros del comité contaron con las cuatro traducciones y la versión original, y consensuaron las ambigüedades y discrepancias.

El comité multidisciplinar buscó la equivalencia ente la versión original y final de la escala atendiendo a los siguientes aspectos (236):

- Equivalencia semántica: en relación con el significado de las palabras, vocabulario y gramática.
- Equivalencia idiomática: en relación con los modismos y lenguaje coloquial que requieran expresiones equivalentes.
- Equivalencia experiencial: la situación que evoca tenga sentido en el contexto cultural.
- Equivalencia conceptual: en relación con el concepto que se explora.

Las discrepancias se discutieron persiguiendo el consenso entre los componentes del comité. En caso de no resolverse, se repetiría el proceso desde los pasos 1 al 4 para los elementos discordantes, solicitándose nuevas traducciones, aunque no fue necesario.

Pilotaje: *la versión de consolidación* se sometió a un pretest para evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural y la aplicabilidad o viabilidad del cuestionario. Este primer pilotaje se realizó con una muestra similar a la población diana usuaria del instrumento compuesta por un grupo de 15 participantes, cifra acorde con las recomendaciones (237). Cada participante valoró cada ítem con una escala dicotómica, claro o no claro. En caso de respuesta negativa, se le solicitó hacer una sugerencia parafraseada con más claridad. Además, se solicitó a los participantes comentarios sobre cualquier aspecto que haya resultado difícil de entender al rellenar el cuestionario y aportaciones de mejora.

El proceso de traducción se refleja en la Figura 5.

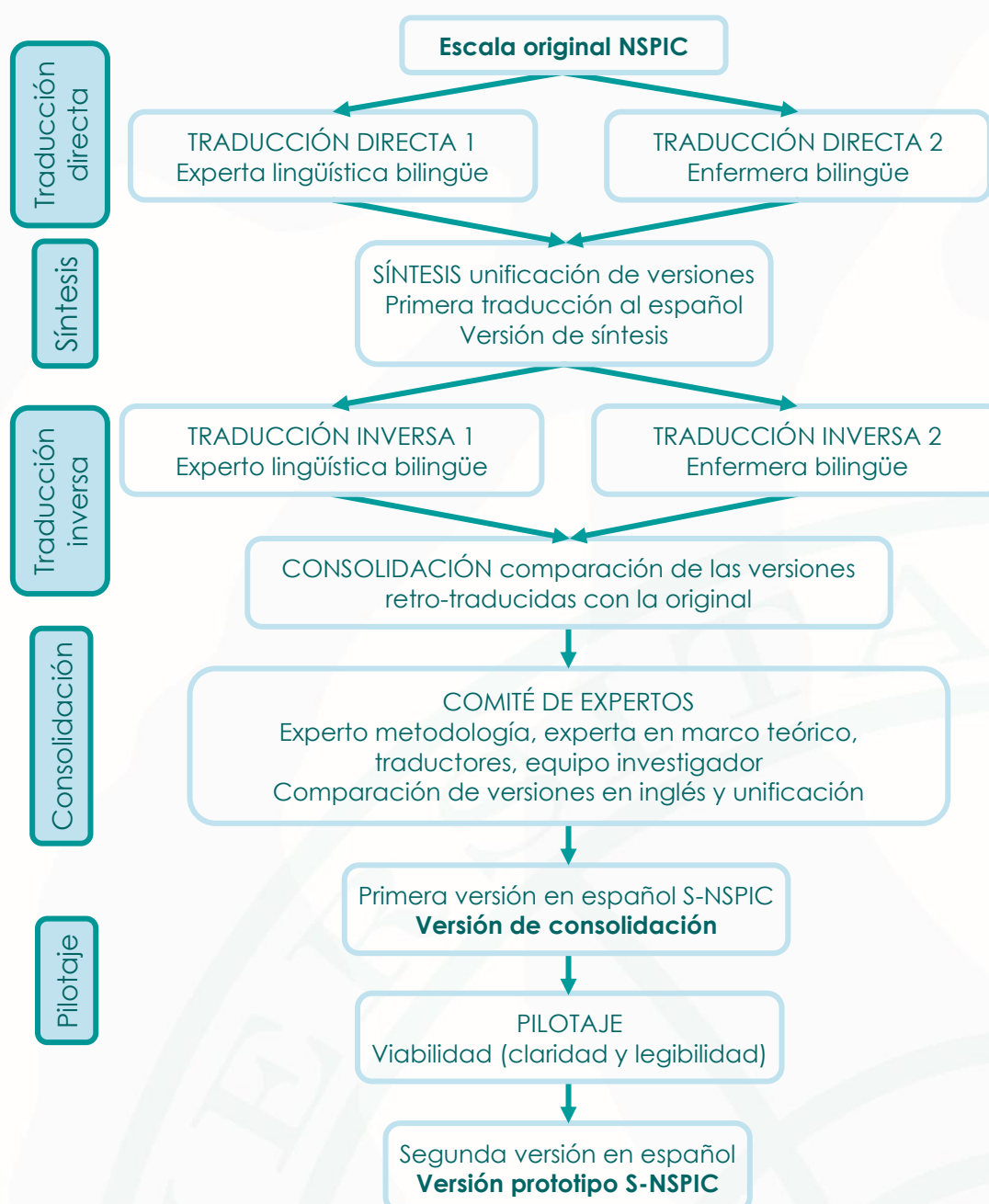


Figura 5 - Proceso de traducción.

3.6.2. Validación psicométrica

La traducción y adaptación transcultural de un cuestionario no garantiza que mantenga sus propiedades psicométricas. Las características métricas esenciales de un cuestionario son la fiabilidad, que hace referencia a la capacidad de medir de forma constante; y la validez, que hace referencia a la capacidad de medir lo que se pretende (242). Para que un cuestionario se considere válido debe reunir las siguientes características (237):

- Ser fiable y capaz de medir sin error
- Ser capaz de detectar y medir cambios, tanto entre individuos, como en las respuestas de un mismo individuo a través del tiempo
- Ser sencillo, viable, aceptado por los usuarios e investigadores
- Ser adecuado para medir el fenómeno que se pretende medir
- Reflejar la teoría subyacente en el fenómeno que se pretende medir

Se realizó un estudio piloto para comprobar estas condiciones, con sujetos similares a los de la población de estudio.

3.6.2.1. Validez de contenido

La validez de contenido valora si el instrumento representa todas las facetas del concepto para el que ha sido diseñado y el grado en que cada ítem mide el concepto definido (244). Esta se analizó a través de un panel de expertos, es decir, considerando el juicio consensuado de personas con experiencia en el área, reconocidos y cualificados para proporcionar información y evidencias y emitir juicios y valoraciones (245). Según Sousa et al. los expertos deben ser conocedores tanto del concepto y sus dimensiones (en este caso el cuidado) como la población que va a hacer uso de la herramienta (alumnado de Enfermería y profesorado, tanto académico como clínico) (236). Urrutia et al. recomiendan que los jueces dominen el concepto a investigar a nivel académico y/o profesional, así como tener conocimiento complementario al concepto, y cuenten al menos con 5 años de experiencia en el área (246). Con todo esto en consideración, se establecieron los siguientes criterios de inclusión para el panel de expertos:

- Ser profesor académico (conocimiento del concepto).
- Ser tutor clínico (conocimiento del concepto).
- Ser estudiantes de enfermería (población usuaria).
- Tener 5 años de experiencia.

De este modo, todos los perfiles de la población diana del instrumento están representados. Tanto el profesorado como el alumnado conocen en profundidad el concepto de cuidado, bien por el ejercicio de su profesión o bien

por su proceso de formación. A los profesores y tutores se les exigirá un mínimo de 5 años de experiencia, y en cuanto a los estudiantes, se contará con el alumnado de Máster de Enfermería, equivalente a 5 años de formación enfermera.

No hay consenso en relación con el número óptimo de expertos que conformen el panel (246). Sousa et al. recomiendan entre 6 y 10 como mínimo (236), Varela et al. señalan que dependiendo de los objetivos del estudio, puede oscilar entre 7 y 30 (247). En cumplimiento de las recomendaciones, se estableció un número de 15 expertos para una estimación fiable, 5 por cada perfil (profesorado académico y clínico y alumnado). Estos criterios obligan a una muestra por conveniencia inevitablemente.

Se solicitó a los miembros del panel que valorasen la relevancia y pertinencia para el concepto de cada ítem con una escala Likert de cuatro puntos en la que 1 significa no relevante, 2 algo relevante, 3 bastante relevante y 4 muy relevante.

3.6.2.2. Validez facial.

La validez facial, aparente o lógica es el grado en el que los ítems parecen medir de forma lógica aquello que pretenden, que sean adecuados respondiendo al sentido común (242). En el caso de no tener validez facial, los participantes pueden tener dificultad en asociar la pregunta al concepto de estudio, lo que conduce a errores (237). Esta propiedad se suele medir en el diseño del cuestionario, pero es recomendable comprobarla en la adaptación transcultural, dado que algunas fórmulas pueden haber cambiado al cambiar los conceptos entre las culturas (242). En el presente estudio, la validez facial se comprobó de forma simultánea a la validez de contenido, como se ha descrito anteriormente en el pilotaje del cuestionario.

3.6.2.3. Validez de criterio.

La validez de criterio es el nivel de concordancia de los resultados de la escala que se pretende adaptar transculturalmente y otra medida del mismo

concepto que sirva como criterio de referencia, al que se denomina *gold standard* (242). En el presente estudio, se empleó como *gold standard* la versión culturalmente adaptada al contexto español de la *Clinical Placement Evaluation Tool* (CPET).

3.6.2.4. Validez de constructo.

La validez de constructo es el grado en el que los resultados del cuestionario pueden tomarse como una medición del concepto a evaluar (237). Para determinar la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio para identificar los factores internos de la versión de la escala que se está sometiendo a prueba. Se evaluó la adecuación de los resultados a las dimensiones que se definieron al diseñar el cuestionario.

3.6.2.5. Fiabilidad.

La consistencia interna es el grado de interrelación y coherencia de los ítems. Se establece mediante el coeficiente de Cronbach, que representa la media ponderada de las correlaciones entre los ítems que conforman una escala (232). La consistencia interna se afianzó con la prueba de las dos mitades, para la que se distribuyeron los ítems en dos mitades equivalentes con el mismo número de ítems para cada dimensión (235).

La fiabilidad intra-observador de la escala hace referencia a la constancia de los resultados, la capacidad de obtener los mismos resultados al administrar la escala a la misma población, con las mismas condiciones, en dos momentos diferentes (237).

Los ítems que no alcanzaron los criterios mínimos establecidos en la evaluación psicométrica, se retiraron de la versión española del cuestionario.

3.7. PROCEDIMIENTO

3.7.1. Fase 1. Validación transcultural

La versión traducida y consensuada de la S-NSPIC sometida a prueba y la versión española de la CPET fueron distribuidas de forma presencial a los participantes. Adicionalmente, se les distribuyó un cuestionario de elaboración propia para recoger las características sociodemográficas. Para homogeneizar las condiciones en las que se probó la escala, se solicitó a los participantes que rellenasen el cuestionario en relación con su último periodo de prácticas clínicas. Un investigador estuvo presente durante la recogida de datos para aclarar dudas e insistir en la rigurosidad y meticulosidad a la hora de rellenar los cuestionarios. La recogida de datos se realizó entre los meses de enero y febrero de 2018.

Un grupo de 70 estudiantes volvieron a rellenar la versión de la S-NSPIC transcurridas dos semanas en relación con el mismo tutor clínico para la prueba test-retest de la fiabilidad intra-observador. El tiempo entre las dos mediciones se estableció no demasiado largo para que el fenómeno de estudio no se pudiera ver modificado, ni demasiado corto para que los participantes pudiesen recordar las respuestas (efecto aprendizaje) (237). La estimación de la fiabilidad intra-observador requiere comparar los resultados de un mismo sujeto recogidos en momentos diferentes. Esto hizo necesario identificar las respuestas de los participantes para poderlos comparar, lo que se hizo asignando un número aleatorio a cada cuestionario para mantener el anonimato.

La recogida de datos de esta fase se realizó durante el mes de febrero de 2018. Una vez recogidos, los datos se grabaron en una base de datos anónima y confidencial con el programa Microsoft Excel® versión 2010, y se analizaron con el programa estadístico SPSS® versión 24.0 de 2016.

3.7.2. Fase 2. Estudio descriptivo

Una vez finalizada la primera fase de validación, la S-NSPIC se distribuyó a los tres grupos de participantes, estudiantes, profesorado académico y tutores clínicos. Los estudiantes emplearon la S-NSPIC para valorar el cuidado recibido por parte de los tutores clínicos durante sus prácticas asistenciales y por parte de los profesores académicos durante su relación de aprendizaje. El profesorado académico empleó la S-NSPIC para valorar la autopercepción del cuidado que cree transmitir en la relación con los estudiantes durante su formación académica. Los tutores clínicos emplearon la S-NSPIC para valorar la autopercepción del cuidado que creen transmitir en la relación con los estudiantes durante la formación clínica.

La NSPIC fue originalmente diseñada para estimar el cuidado percibido por lo estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas, transmitido por sus tutores. Adicionalmente, en el presente estudio, a modo exploratorio, se empleó la herramienta equivalente en español para valorar el cuidado transmitido en el entorno académico. No hay estudios previos que hayan utilizado esta herramienta con profesores académicos. La formación enfermera tiene connotaciones fenomenológicas y emocionales particulares, dado que la relación con los docentes se basa en el respeto, la confianza, comprensión mutua y apoyo (72). La relación de aprendizaje entre el docente y el discente se considera una relación recíproca de intercambio de conocimientos y actitudes que permite al estudiante incorporar nuevas experiencias de cuidado y crecer como personas cuidadoras (97). En este sentido, se entiende que el contexto donde se desarrolla la relación, clínico o académico, no debe influir en el intercambio de experiencias.

Por otro lado, la NSPIC no ha sido empleada previamente para la valoración de la propia percepción del cuidado que transmiten los docentes, ni académicos ni clínicos. La relación pedagógica docente-alumnado es recíproca y bidireccional. Para los alumnos de enfermería, esta relación supone un pilar en su formación enfermera y le atribuyen gran parte del éxito académico que consiguen (83). Por otra parte, los docentes han descrito su satisfacción al

transferir su conocimiento a los estudiantes y facilitar su progresión (248). Por lo tanto, en el presente estudio, se considera que para tener una visión más completa del cuidado transmitido es preciso tener en cuenta ambas perspectivas.

La recogida de datos sobre la percepción de los estudiantes del cuidado recibido por parte de los docentes académicos se realizó de forma presencial. Se identificaron los profesores que cumplieran los criterios establecidos para ser evaluados, y se distribuyó simultáneamente la S-NSPIC y un cuestionario con las variables sociodemográficas al grupo de estudiantes correspondientes al finalizar el cuatrimestre. Todos los profesores académicos objeto de estudio no fueron evaluados por el mismo grupo de participantes, porque los profesores impartían clase en cursos diferentes. Un mismo profesor fue valorado por todo el grupo con el que compartió docencia en el segundo cuatrimestre, sin embargo, el mismo estudiante evaluó a más de un profesor. Para no saturar a los participantes, la recogida de datos se realizará en varios días distanciados. El cuestionario se distribuyó al finalizar el cuatrimestre, para que la relación se haya podido establecer con el docente y el alumnado tenga la oportunidad de valorar con criterio.

La recogida de datos sobre la percepción de los estudiantes del cuidado recibido por parte de los tutores clínicos se realizó de forma similar. Se distribuyó la S-NSPIC junto con el cuestionario de variables sociodemográficas a los alumnos de segundo, tercer y cuarto curso durante una sesión de clase académica de asistencia obligatoria, al finalizar el periodo de prácticas. Se escogieron estos cursos porque, según el plan de estudios vigente del CUECR, realizan prácticas clínicas en el segundo cuatrimestre. Se les solicitó a los participantes que valorasen los comportamientos de cuidado de su actual tutor académico con la S-NSPIC. De este modo evitamos duplicidad en las respuestas. A diferencia con los profesores académicos, cada tutor clínico fue valorado por un solo alumno.

La recogida de datos de la autoevaluación de los docentes se realizó a través de correo electrónico. Se envió un correo a todos los profesores

informando sobre el estudio e invitándoles a participar, y se enviaron dos correos recordatorios transcurridas una semana entre ellos para aumentar el índice de respuesta.

La recogida de datos de la autoevaluación de los tutores clínicos se realizó de forma presencial. La coordinadora de prácticas del CUECR distribuyó los cuestionarios en los centros asistenciales donde los alumnos realizan prácticas clínicas, en una de las visitas rutinarias de coordinación docente. Se les explicó verbalmente a los tutores clínicos el propósito del estudio además de proporcionales por escrito la descripción del estudio y las instrucciones para completar los cuestionarios sociodemográfico y S-NSPIC. El cuestionario se completó bien en esa misma visita, o se volvió a recoger unos días más tarde.

La recogida de datos de esta fase se realizó durante los meses de mayo y junio de 2018. Una vez recogidos, los datos se grabaron en una base de datos anónima con el programa Microsoft Excel® versión 2010, y se analizaron con el programa estadístico SPSS® versión 24.0 de 2016.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En todos los casos, la participación por parte de los sujetos en el estudio fue totalmente voluntaria y éstos han sido plenamente informados del propósito del estudio y del tratamiento de los datos. El presente estudio no implicó ninguna intervención sobre los participantes, por lo que no se esperaba ningún daño o repercusión para los sujetos. Aun así, el cuestionario recogió el consentimiento informado de participación en el mismo (9.5).

La confidencialidad de la información estuvo garantizada ya que el tratamiento y registro de los datos cumplieron con la normativa de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (249). Los cuestionarios fueron autocompletados directamente por los participantes y grabados en una base de datos en la que no se guardó ningún dato identificativo de la procedencia de los datos, asignándoles una numeración aleatoria. Los datos fueron cedidos de forma anónima y los procedimientos telemáticos también impidieron identificar personalmente al participante.

El estudio contó con el consentimiento del decanato de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, adscrito a la Universidad de Sevilla (Anexo 6). Se obtuvo la autorización de las autoras de la escala original NSPIC y la versión española de la CPET para su adaptación y empleo en el presente estudio. Las modificaciones sugeridas a la NSPIC en la versión española fueron aprobadas por la autora original de la escala.

Durante todo el proceso de recogida de datos se cumplió con los principios éticos para la investigación médica en seres humanos descritos en la última revisión de la Declaración de Helsinki (250), garantizando el respeto a la integridad y dignidad de la persona, limitando sus riesgos y protegiendo la libertad de participar o no en la investigación.

3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

3.9.1. Fase 1. Validación transcultural

Las variables sociodemográficas cuantitativas se midieron calculando la media y desviación estándar y las frecuencias relativas para las cualitativas y sus intervalos de confianza al 95%.

En relación con la validez de contenido, se siguieron las recomendaciones para calcular el Índice de Validez de Contenido (IVC-I) para cada ítem, que cuantifica el grado de acuerdo entre los expertos con respecto a la relevancia de cada ítem (251). Los expertos del panel evaluaron cada ítem con una escala tipo Likert de cuatro puntos en la que 1 significa no relevante, 2 algo relevante, 3 bastante relevante y 4 muy relevante. El IVC-I se calculó dividiendo el número de respuestas de los expertos calificando el ítem como bastante relevante (3) o muy relevante (4) entre el número total de respuestas (252). Análogamente, el Índice de Validez de Contenido de la escala (IVC-E) cuantificó la opinión de los expertos respecto a la relevancia de la escala. Se obtuvo este índice calculando el promedio de los IVC-I, siguiendo las recomendaciones de la literatura (251). Se consideraron aceptables los valores de IVC-I superiores a 0'78 y un IVC-E superior o igual a 0'9 según lo establecido para un número de expertos superior a diez. (236)

Para la validez facial se analizaron las respuestas del panel de expertos en la fase de pilotaje, en un cuestionario de respuesta dicotómica *claro* o *no claro*. La claridad se valoró calculando la frecuencia relativa de las respuestas *claro*, para cada ítem. La claridad de cada elemento se consideró con una coincidencia de al menos el 80% de los participantes (236).

En relación con la validez de criterio, se calculó la correlación entre las puntuaciones de la S-NSPIC y la CPET global, y las puntuaciones de la S-NSPIC y la dimensión *características del tutor y del proceso de tutorización* empleando el coeficiente de correlación de Spearman. Este coeficiente, cuantifica el grado de correlación entre dos variables ordinales aleatorias. Su valor puede oscilar entre -1 y 1, el valor absoluto indica el grado de asociación entre las variables,

considerándose -1 el valor de la correlación negativa perfecta, 0 la ausencia de relación y 1 la correlación positiva perfecta (231). Previamente se comprobó la normalidad de las distribuciones de las medias de las puntuaciones globales y de cada dimensión de la S-NSPIC y la CPET, con valores de significación $p < 0'001$ en el test de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilks para muestras inferiores a 50 (235).

Para la validez de constructo se efectuó un análisis factorial exploratorio (AFE). Este análisis permite identificar grupos de variables o ítems que estén altamente interrelacionados entre sí, y para revelar la estructura subyacente de factores de una escala (253). El AFE parte del supuesto de que las variables o ítems observados están todos interrelacionado entre sí, que pueden agruparse en cierto número de factores latentes comunes (254). Para comprobar esta correlación de los ítems del AFE, se comprobó la matriz de correlaciones para determinar si la correlación elemento-total corregida presentaba un efecto moderado, que se consideró a partir de 0'30 (235). La correlación ente los ítems se comprobó además con la prueba de esfericidad de Bartelett. Se aceptó que existía algún grado de correlación entre los ítems para un nivel de significación $p > 0'05$ (253). Adicionalmente se comprobó la idoneidad del análisis con el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Este coeficiente analiza los factores que influyen en la idoneidad del AFE, tamaño de las correlaciones entre los ítems, tamaño de la muestra, numero de factores y numero de ítems. Su valor indica el grado de adecuación de la prueba dado que mide la magnitud de la correlación entre las variables medidas. El AFE es adecuado si las correlaciones son suficientemente grandes, porque los resultados se pueden considerar estables, replicables en otras muestras diferentes, independientemente del tamaño de la muestra, o del número de factores, o del número de ítems. Se consideró el valor KMO suficiente para la adecuación de los datos al AFE cuando adoptó valores entre 0'70 y 0'79, y satisfactorio cuando adoptó valores mayores a 0'80 (254). En el análisis factorial se empleó el método de máxima verosimilitud para la extracción de los datos y la rotación Varimax.

En relación con la fiabilidad, se calculó el índice de correlación ítem-total, considerándose aceptables valores superiores a 0'2 (255) y el alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna. El coeficiente de Cronbach representa la media ponderada de las correlaciones entre los ítems que conforman una escala. Los valores del coeficiente de Cronbach pueden variar desde 0 a 1. Los valores elevados suponen una mayor consistencia interna y se consideraron aceptables valores superiores a 0'7 y excelentes los superiores a 0'9 (232). Adicionalmente se consideró el coeficiente de Guttman Split-half para la prueba de consistencia de las dos mitades (235).

Con los resultados de la prueba test-retest se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI), para comprobar la fiabilidad intra-observador. Esta cualidad de la escala hace referencia a la constancia de los resultados, la capacidad de obtener los mismos resultados al administrar la escala a la misma población, con las mismas condiciones, en dos momentos diferentes (237). Para la estimación de la fiabilidad intra-observador se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI), para las respuestas de cada ítem en diferentes momentos. Se consideraron consistentes valores del CCI superiores a 0'7 y se aceptó un mínimo valor de 0'5 (232).

En todos los cálculos se empleó el programa informático SPSS®, en la versión 16.0. Los ítems que no alcanzaron los criterios mínimos establecidos en la evaluación psicométrica, se retiraron de la versión española del cuestionario.

3.9.2. Fase 2. Estudio descriptivo

Para la descripción de las variables sociodemográficas y cualitativas se calcularon las distribuciones de frecuencia de las variables cualitativas estimando un intervalo de confianza de un 95%. Las variables cuantitativas se describieron mediante las medidas de tendencia central (media, moda, valores máximos y mínimos) y dispersión (desviación típica, intervalos de confianza, rango y varianza).

Para la estimación de las dimensiones de la escala se calcularon los promedios de las puntuaciones de los ítems que componen cada dimensión. Las

dimensiones de la S-NSPIC se configuran por un número muy heterogéneo de ítems, desde 13 ítems la dimensión *Inspira confianza a través del cuidado* a 3 ítems de la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida*. Para facilitar la interpretación de los datos y facilitar la comparación entre dimensiones, las puntuaciones de cada ítem se ponderaron del 1 al 100, de modo que el valor mínimo correspondió a 1 y el máximo a 100. En relación con la redacción de los ítems, 8 de ellos se expresan con una formulación en negativo. Por lo que para obtener la verdadera valoración del comportamiento al que hacen referencia, se invirtieron las puntuaciones de estos ítems.

En la fase analítica, se siguió un procedimiento comparativo entre las puntuaciones de las dimensiones de la S-NSPIC.

Se comprobó la normalidad de las distribuciones de las medias de las puntuaciones de cada dimensión de la S-NSPIC con valores de significación $p < 0.001$ en el test de Kolmogorov-Smirnov en los casos de más de 50 observaciones y el test de Shapiro-Wilk cuando el número de observaciones es inferior o igual a 50 (235). En consecuencia, la no normalidad de los datos implicó el uso de técnicas no paramétricas. Se procedió con el test U de Mann-Whitney en la comparación de dos grupos o la prueba de Kruskal-Wallis en el caso de más de dos grupos, para identificar diferencias significativas entre los resultados (232).

3.10. LIMITACIONES

El presente trabajo está sujeto a ciertas limitaciones relacionadas con la selección y la información.

El sesgo de selección estuvo ocasionado por el procedimiento de muestreo no probabilístico. En la fase 1 de validación, la muestra se confeccionó por motivos de conveniencia, atendiendo a criterios de accesibilidad a los participantes y posibilidades de colaboración. El objetivo de esta fase fue validar el comportamiento del instrumento e identificar posibles relaciones entre los ítems que revelen una estructura interna. En este caso, el impacto en los resultados de la naturaleza no representativa de la muestra es menor, ya que no se persigue generalizar el significado de los resultados a la población, sino comprobar las propiedades psicométricas de la herramienta (235).

En la fase 2, la población estuvo compuesta por tres grupos diferenciados, estudiantes, tutores clínicos y profesores académicos. En relación con la representación de los tres grupos que configuran la población en la muestra, el sesgo de selección se controló con un muestreo por cuotas (239). Al conseguirse el número mínimo de participantes establecido para cada cuota, se garantizó que la configuración de la muestra fuese similar a la población en este aspecto. Con la intención de maximizar la representatividad de la muestra, los tamaños muestrales de las cuotas se calcularon con un margen de error del 3%.

En relación con el posible sesgo de selección provocado por la inclusión de participantes en cada cuota por conveniencia, en el grupo de estudiantes se distribuyeron los cuestionarios en días en los que se impartían clases de asistencia obligatoria. El objetivo fue acceder a todos los alumnos para ofrecerle la participación en el estudio y así reducir la influencia de la conveniencia. En el grupo de profesores académicos se pudo acceder a toda la población, por lo tanto, no hay posibilidad de sesgo de selección. En lo referente a los tutores clínicos, los cuestionarios fueron distribuidos por la coordinadora de prácticas clínicas del CUECR durante su visita rutinaria de coordinación docente a todos los centros asistenciales. Esta fecha se rige por el calendario académico y es

totalmente independiente del funcionamiento del centro asistencial. Es decir, no condiciona los profesionales que estén presentes ese día, por lo que se aproxima al azar.

El posible sesgo de participación estuvo controlado por la presencia de un miembro del equipo investigador (o la coordinadora de prácticas en el caso de los centros asistenciales) para resolver posibles dudas y motivar a los participantes a responder de forma válida a todos los ítems, manteniendo una actitud neutra, y se les explicó que no hay respuestas acertadas y/o erróneas, sino que todas las respuestas son válidas. En el caso de los profesores académicos, la distribución de los cuestionarios se realizó por internet, a través de la plataforma Google Drive®. Para minimizar el sesgo de participación se enviaron dos correos electrónicos de recuerdo transcurridas una semana entre ellos (256).

En relación con los sesgos de información, se tuvo en consideración el posible sesgo de medición asociado al instrumento, dado que la NSPIC fue diseñada en un contexto sociocultural diferente. Para minimizar su efecto se realizó la adaptación transcultural de la escala al medio cultural español, y se obtuvo una versión válida y fiable, con una estructura propia, la S-NSPIC (257).

Otro posible sesgo de información fue la fatiga de los participantes al rellenar los cuestionarios (258). Tanto los tutores clínicos como los profesores académicos rellenaron un solo cuestionario S-NSPIC, el de su propia autoevaluación. Sin embargo, los estudiantes rellenaron entre 1 y 5 cuestionarios idénticos, aunque en referencia a diferentes profesores o tutores. Para disminuir el efecto del cansancio en las respuestas de los estudiantes, la distribución de los cuestionarios se realizó en varias sesiones, impidiendo que los estudiantes no rellenasen más de dos cuestionarios al mismo tiempo.

En relación con la subjetividad de las respuestas, se tuvo en cuenta el sesgo de obsequiosidad, es decir, la tendencia de los participantes a dar la respuesta que creen que los investigadores desean obtener (258). La posibilidad de este sesgo se basa en el hecho de que los estudiantes evalúen a sus profesores, con

los que mantienen una relación de poder. Por otro lado, se tuvo en cuenta el posible efecto Hawthorne en las respuestas de los tutores clínicos y los profesores académicos en su autoevaluación. Este efecto describe el cambio en las respuestas de los participantes influenciados por el hecho de sentirse observados (259). Para minimizar ambos sesgos, los cuestionarios se acompañaron de una carta explicativa en la que se insistía en el anonimato de las respuestas y el valor de la sinceridad en las respuestas. En los casos en los que los cuestionarios se entregaban de forma presencial, se hizo hincapié al explicar estos aspectos.

Otro posible sesgo de información que se tuvo en cuenta está relacionado con la interpretación de los datos. La bibliografía de referencia identificada para contrastar e interpretar los resultados ha sido desarrollada mayoritariamente en el extranjero. El concepto de cuidado tiene numerosas connotaciones culturales que afectan a su significado, por lo tanto, al comparar nuestros resultados con otros obtenidos en un contexto diferente, las diferencias culturales podrían afectar a su comparabilidad. Este sesgo es de difícil control, dado que la NSPIC no ha sido utilizada anteriormente en nuestro medio cultural. Aun así, se procuró, en la medida de lo posible, identificar estudios desarrollados en nuestro entorno.

En relación con la interpretación de los resultados, en la fase 1 se empleó el análisis factorial exploratorio para identificar las asociaciones entre variables en el contexto cultural propio, sin partir de una estructura previa. Dado que los resultados describen una organización diferente de la original, sería recomendable realizar un análisis factorial confirmatorio que corroborase la estructura de la S-NSPIC obtenida.

También debe considerarse un posible sesgo de confusión en la interpretación de los datos (230). Ya que el cuidado es un fenómeno subjetivo sujeto a la experiencia personal de cada individuo, hay multitud de factores personales que pueden influir en la interpretación y percepción del concepto. El abanico de variables confundentes es tan amplio que dificulta su control. Aun así, estudios previos no han identificado ninguna asociación entre las puntuaciones de la NSPIC y variables sociodemográficas de los participantes tales como edad, sexo, etnia, estado civil ni situación laboral (123, 223, 228).

Tampoco se han identificado relaciones entre el curso de estudios del estudiante (123,223) o la frecuencia de contacto con los docentes (223) y el cuidado que transmiten los tutores. Solamente se han encontrado diferencias significativas entre el cuidado percibido entre los docentes de distintos países (123).

Por último, a la hora de interpretar los datos obtenidos en el medio académico, se debe tener en cuenta que la NSPIC fue diseñada para medir los comportamientos de cuidado de los instructores clínicos y no se ha publicado ningún trabajo que la haya empleado en este entorno. Por lo tanto, se recomienda que estos resultados sean considerados desde un punto de vista exploratorio y cautela en su interpretación.

Para controlar los errores aleatorios se utilizó como nivel de significación en todos los test de hipótesis una $p < 0.05$, de la misma forma los intervalos de confianza para las mediciones de frecuencia se calcularon para un 95%.

Aun teniendo en cuenta las medidas implementadas para minimizar los sesgos, se recomienda prudencia en la interpretación y generalización de los datos.

4. RESULTADOS

4.1. FASE 1. VALIDACIÓN transcultural

Se obtuvo una versión culturalmente adaptada al contexto español de la NSPIC, válida y fiable para medir el cuidado que transmiten los tutores clínicos a los estudiantes a través de sus comportamientos.

4.1.1. Traducción directa

Las dos traductoras bilingües cuya lengua materna es el español realizaron una primera traducción de la escala al español (9.7 y 9.8). El equipo investigador integró las dos versiones de las traductoras en una versión unificada que fue enviada a las dos traductoras solicitándoles su aprobación y las posibles recomendaciones. Se obtuvo la aprobación de ambas en 23 de los ítems y para 8 de ellos se hicieron las propuestas que se recogen en la Tabla 4.

Ítem	Versión unificada	Propuesta	Motivo
2	Muestra amabilidad hacia mí y hacia los demás	Muestra amabilidad hacia mí y hacia los/las demás	Lenguaje inclusivo de género
9	Respeto mi singularidad como individuo único	Me respeta como persona	Traducción redundante
11	Revela información personal a los demás de manera inapropiada	Revela mi información personal a los demás de manera inapropiada	Lenguaje inclusivo de género Aclarar que se trata de la información del/a alumno/a
12	No muestra nada de su vida personal	No muestra nada de su lado personal o ideas personales	Ampliar el concepto de esfera personal
14	Está disponible para mí	Está a mi disposición cuando es necesario	Idiomáticamente más correcto
22	Me pone nervioso en el ambiente clínico	Me pone nervioso/a en el ambiente clínico	Lenguaje inclusivo de género
24	Parece centrado/a en sus prioridades más que en responder a mis necesidades	Parece centrarse en sus prioridades más que en responder a mis necesidades.	Lenguaje inclusivo de género, evita el desdoblamiento
28	Me alienta para ver otras perspectivas sobre la vida	Me alienta a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida	Aclarar que se trata de empatizar, entender la perspectiva de otros.

Tabla 4 - Propuestas de las traductoras para la versión de síntesis.

Las propuestas fueron incorporadas a la versión unificada y se volvió a enviar a las traductoras para su consenso. Tras la aprobación de las dos

traductoras a los 31 ítems de la escala, se obtuvo la primera versión en español de la NSPIC, la *versión de síntesis* (9.9).

4.1.2. Traducción inversa

La *versión de síntesis* fue retro-traducida al inglés por los dos traductores bilingües cuya lengua materna es el inglés de forma independiente, a ciegas con respecto a la versión original de la escala (9.10 y 9.11). Una vez realizadas las retro-traducciones se les proporcionó la versión original de la NSPIC para comprobar si la traducción había dado lugar a discrepancias semánticas o conceptuales entre el cuestionario original y la *versión de síntesis*. Ambos traductores estuvieron de acuerdo con la equivalencia de todos los ítems excepto en el ítem 31:

- Versión original: *Uses grades to maintain control of students.*
- Retro-traducción 1: *Uses their qualifications in order to keep control over the students.*
- Retro-traducción 2: *He/she grades us to control his/her students.*

Las versiones retro-traducidas podrían generar confusión sobre quién califica y controla a quién. Esta inquietud sobre la equivalencia del ítem fue trasladada al comité de expertos.

4.1.3. Consolidación

Se configuró un comité de expertos multidisciplinar con el objetivo de consensuar una versión consolidada y contrastada con la original. Como única modificación se propuso resumir el ítem 12 *No muestra nada de su lado personal o ideas personales*, quedando reducido a *No muestra nada de su lado personal* por considerarse redundante. En cuanto a la ambigüedad generada en torno al ítem 31, ante la variedad de opiniones se acordó mantener la traducción directa de la versión unificada para que continúe con el proceso de adaptación y se pudieran identificar criterios más sólidos para desestimarlos o admitirlos. Se obtuvo así la primera versión en español de la escala, la *versión de consolidación* (9.12).

4.1.4. Pilotaje viabilidad

La versión de consolidación se distribuyó entre un grupo de 15 personas de características similares a la población de estudio, para valorar la claridad de los ítems y, además, se les solicitó su opinión en comentarios abiertos para mejorar la comprensión.

El perfil de los expertos participantes fue de profesionales con 9'3 años de experiencia de media, e un 66'7% de mujeres y en un 40% con actividad asistencial, tal y como se aprecia en la Tabla 5.

Variables		M ± DS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad		34'5 ± 9'9		
Años de experiencia clínica profesional		9'3 ± 10'1		
Años desde que finalizó los estudios		12'2 ± 9'6		
Años experiencia como tutor clínico		4'8 ± 6'2		
Años de experiencia como docente		3'8 ± 4'2		
Sexo	Mujeres		10	66'7
	Hombres		5	33'3
Área de actividad laboral	Asistencial		6	40
	Docencia		5	33'3
	Investigación		2	13'3
	Gestión		1	6'7
	Estudiante		1	6'7

M=media; IC=Intervalo de Confianza

Tabla 5 - Características sociodemográficas del panel de expertos (N=15).

La Tabla 6 recoge la frecuencia relativa de las respuestas que calificaron cada ítem como claro. Se aprecia que todos los ítems obtuvieron una frecuencia superior o igual al 80% excepto en el caso de los ítems 6 y 25.

Ítem	% respuestas CLARO
1 Muestra verdadero interés por los/las pacientes y sus cuidados	93'3
2 Muestra amabilidad hacia mí y hacia los/as demás	100'0
3 Me infunde un sentimiento de esperanza hacia el futuro	80'0
4 Me hace sentir que puedo tener éxito	86'7
5 Me ayuda a visualizarme como enfermera/o profesional	100'0
6 Me hace sentir que soy un fracaso	73'3 *

7	No cree en mí	80'0
8	Se preocupa por mí como persona	100'0
9	Me respeta como persona	100'0
10	Es atento/a cuando se comunica conmigo	86'7
11	Revela mi información personal a los/as demás de manera inapropiada	80'0
12	No muestra nada de su lado personal	86'7
13	Reconoce sus propias limitaciones y/o errores	100'0
14	Está a mi disposición cuando es necesario	93'3
15	Comunica de forma clara sus expectativas	93'3
16	Es de utilidad para resolver problemas personales	86'7
17	Ofrece su apoyo en situaciones de tensión	100'0
18	Acepta mis sentimientos negativos al mismo tiempo que me ayuda a ver lo positivo	100'0
19	Me permite expresar mis verdaderos sentimientos	100'0
20	No alienta la resolución autónoma de problemas	80'0
21	Me inspira para continuar con el desarrollo de mis conocimientos y habilidades	93'3
22	Me pone nervioso/a en el ambiente clínico	80'0
23	No confía en mi criterio en el ambiente clínico	86'7
24	Parece centrarse en sus prioridades más que en responder a mis necesidades	80'0
25	Solicita actuaciones que interfieren con mis necesidades personales	46'7 *
26	Se centra en completar las tareas de cuidado más que en las necesidades de pacientes	80'0
27	Me ayuda a buscar el significado personal a mis experiencias	86'7
28	Me alienta a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida	93'3
29	Me ayuda a entender la dimensión espiritual de la vida	100'0
30	Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones (sucesos) inesperados	86'7
31	Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los/as estudiantes	93'3

* Menos del 80% de los participantes en el pilotaje consideran que el ítem es claro.

Tabla 6 - Claridad de los ítems.

Los participantes manifestaron propuestas de mejora de la claridad en la redacción de los ítems, aunque no en todas las ocasiones en las que señalaron al ítem como no claro. Las propuestas se encuentran reflejadas en la Tabla 7.

Ítem	Propuestas
1 Muestra verdadero interés por los/las pacientes y sus cuidados.	Muestra verdadero interés por el estado holístico de los pacientes Muestra verdadero interés por los cuidados
2 Muestra amabilidad hacia mí y hacia los/as demás	
3 Me infunde un sentimiento de esperanza hacia el futuro	Me infunde un sentimiento de esperanza hacia mi futuro laboral Definir a qué tipo de futuro hace referencia Me inculca un sentimiento de esperanza hacia el futuro
4 Me hace sentir que puedo tener éxito	Me hace sentir que puedo tener éxito en mi carrera profesional
5 Me ayuda a visualizarme como enfermera/o profesional	
6 Me hace sentir que soy un fracaso	Me hace sentir que es un fracaso haber elegido ser enfermera/o Me hace críticas/feedback constructivas Me hace ver que puedo ser un fracaso

Me hace sentir que no soy apto para la enfermería	
7 No cree en mí	Aclarar si es en sentido personal o profesional No cree en mis habilidades para desarrollar las técnicas o en mi capacidad para cuidar
8 Se preocupa por mí como persona	
9 Me respeta como persona	
10 Es atento/a cuando se comunica conmigo	Presta atención al hablar conmigo Es cordial y respetuoso cuando se comunica conmigo Me escucha atentamente cuando nos comunicamos
11 Revela mi información personal a los/as demás de manera inapropiada	Revela a los demás mi información personal de forma inapropiada Revela información personal de forma inapropiada
12 No muestra nada de su lado personal	
13 Reconoce sus propias limitaciones y/o errores	
14 Está a mi disposición cuando es necesario	Se pone a mi disposición
15 Comunica de forma clara sus expectativas	Comunica de forma clara sus expectativas respecto a los objetivos de la asignatura/el desempeño de los alumnos en las prácticas clínicas/los resultados de la evaluación de los talleres...
16 Es de utilidad para resolver problemas personales.	Es eficaz para resolver problemas personales
17 Ofrece su apoyo en situaciones de tensión	
18 Acepta mis sentimientos negativos al mismo tiempo que me ayuda a ver lo positivo	
19 Me permite expresar mis verdaderos sentimientos	
20 No alienta la resolución autónoma de problemas	No promueve la resolución de problemas de manera autónoma Entorpece la resolución autónoma de problemas No me impulsa a la resolución autónoma de problemas
21 Me inspira para continuar con el desarrollo de mis conocimientos y habilidades	Me impulsa a continuar desarrollando mis conocimientos y habilidades
22 Me pone nervioso/a en el ambiente clínico	La presencia del tutor me pone nervioso/a en el ambiente clínico La presencia del tutor me da confianza y/o seguridad en el ambiente clínico Aclara si se le lleva a una situación de estrés con la simple presencia del tutor o si el tutor voluntariamente le expone y potencia el estrés No me transmite tranquilidad en la práctica clínica
23 No confía en mi criterio en el ambiente clínico	
24 Parece centrarse en sus prioridades más que en responder a mis necesidades	Parece centrarse más en sus prioridades que en responder a mis necesidades
25 Solicita actuaciones que interfieren con mis necesidades personales	Debería especificarse qué actuaciones y qué necesidades Facilita que mis actuaciones no intervengan con mis necesidades personales Aclarar si las necesidades son personales o profesionales Hace demandas que interfieren en mis necesidades personales Me pide que lleve a cabo actuaciones que interfieren con mis necesidades personales Busca recursos para resolver mis problemas personales El tiempo que requieren sus tareas interfiere con mis necesidades personales Poner ejemplos
26 Se centra en completar las tareas de cuidado más que en las necesidades de pacientes	Se centra en completar las tareas de los cuidados, más que en las necesidades propias de los pacientes Se centra más en completar las tareas de cuidado que en las necesidades del paciente
27 Me ayuda a buscar el significado personal a mis experiencias	Me anima a buscar el significado personal a mis experiencias Me ayuda a buscar el sentido personal de mis experiencias
28 Me alienta a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida	

Me anima a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida	
29	Me ayuda a entender la dimensión espiritual de la vida
30	Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones (sucesos) inesperados
Es reactivo a los cambios ante situaciones inesperadas	
31	Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los/as estudiantes

Tabla 7 - Propuestas de mejora de la claridad de los ítems.

Además, tres de los participantes propusieron la formulación positiva en la medida de lo posible de los ítems.

Las aportaciones que los participantes hicieron sobre los ítems que tuvieron un buen índice de claridad, fueron valoradas por el equipo investigador y se realizaron los siguientes cambios:

Palabras añadidas para especificar el alcance del significado del ítem:
aclarar el significado:

- Ítem 3: se añade "laboral" para concretar qué tipo de futuro.
- Ítem 4: se añade "mi carrera profesional" para concretar el área del éxito.
- Ítem 7: se añade "como profesional de enfermería" para concretar en qué esfera no se cree en el alumno.
- Ítem 15: se añade "respecto a los resultados de aprendizaje" para concretar el tipo de expectativas.

Ejemplos de algunas situaciones:

- Ítem 15: "qué debo aprender exactamente, cuál es mi rol como estudiante..." como ejemplos de expectativas del tutor.
- Ítem 22 y 23: se añade entre paréntesis "prácticas clínicas, talleres de procedimientos, simulación..." como ejemplos de ambientes clínicos.
- Ítem 25: "ejecutar tareas no propias de enfermería" como ejemplos de interferencias al aprendizaje.

Paráfrasis de ítems:

- Ítem 6: "fracaso" se sustituye por "no soy apto/a para la enfermería" por ser emocionalmente menos intensa.

- Item 22: “me pone nervioso/a” se sustituye por “me transmite tranquilidad” para evitar la posible confusión entre nervios y estrés.
- Item 25: “solicita” se sustituye por “me pide que lleve a cabo” por ser una locución más natural.

Formulación en positivo:

- Item 20: “Alienta a la resolución autónoma de problemas”.

El resto de las aportaciones se desestimaron por considerarse sinónimos de la redacción original que no aportaban valor añadido, o porque la redacción sugerida añadía matices que alejaban el significado del ítem del original. Se obtuvo así la *versión prototipo* de la S-NSPIC (9.13).

4.1.5. Validación psicométrica

De los 315 cuestionarios recogidos, se consideraron válidos 310, descartándose 4 por no ser representativos dado que hacían referencia a un ciclo de prácticas de un periodo de intercambio internacional, y uno por cumplimentación errónea. La tasa de respuesta fue de 98'4%, como se observa en la Figura 6.

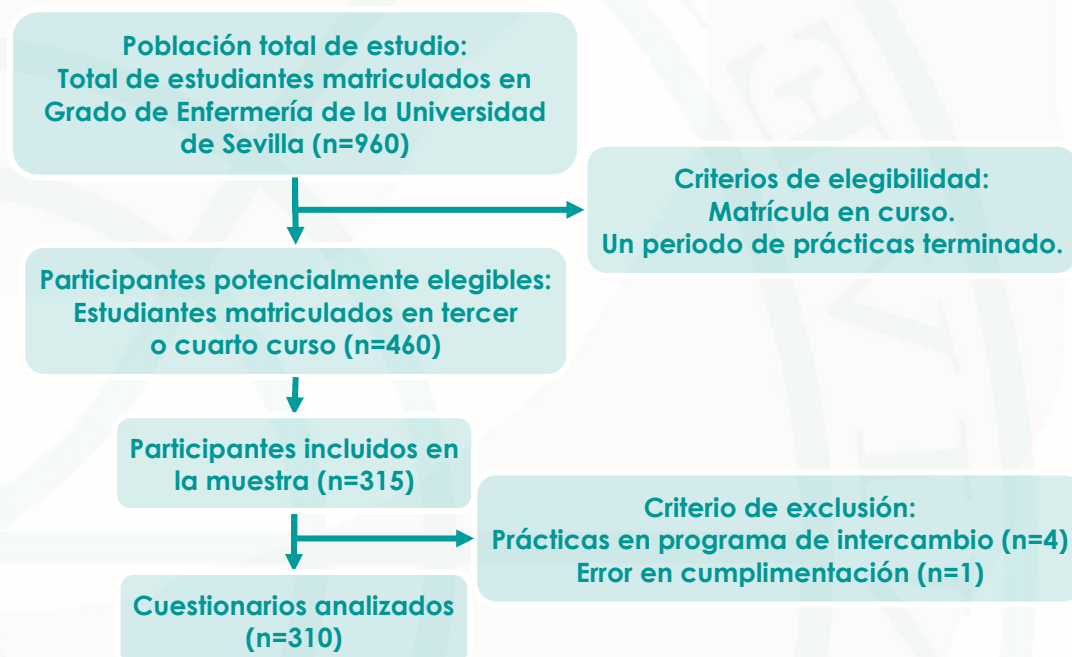


Figura 6 - Diagrama de flujo de los participantes de la fase 1.

Las características sociodemográficas de los participantes incluyen una edad media de $22'38 \pm 3'53$ y un porcentaje de mujeres de 87'9%, como se recogen en la Tabla 8.

Variables	M $\pm$ IC	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad	22'38 $\pm$ 3'53	307	
Nota de acceso	11'4 $\pm$ 0'99	287	
Sexo			
Mujeres		270	87'9
Hombres		37	12'1
Curso			
Tercero		121	39'0
Cuarto		189	61'0
Estado civil			
Soltero		300	98'0
Casado		6	2'0
Situación laboral			
Jornada completa		6	1'9
Media jornada		10	3'2
Fines de semana		20	6'5
Trabajo ocasional		58	18'8
No trabaja		215	69'6
Enfermería primera opción			
Si		168	54'4
No		141	45'6
Centro educativo previo			
Público		228	74'5
Concertado religioso		51	16'7
Concertado laico		3	1'3
Privado		23	7'5
Vía de acceso			
Selectividad		204	66'2
Ciclo formativo		93	30'2
Mayores 25 años		6	1'9
Mayores 40 años		1	0'3
Mayores 45 años		1	0'3
Título Universitario		3	1'0
Centro de prácticas			
Hospital Virgen Macarena		104	34'1
Hospital Virgen Rocío		58	19'0
Hospital Virgen Valme		29	9'5
Centro de Salud		114	37'4
Experiencia en cuidar			
No		257	83'4
Si		51	16'6

M= media' IC= Intervalo de confianza.

Tabla 8 - Características sociodemográficas de los participantes en el pilotaje de la adaptación transcultural (N=310).

4.1.5.1. Validez

En cuanto a la validez de contenido, todos los valores fueron superiores a 0'78 excepto para el ítem 12 (IVC-I = 0'67) y el ítem 16 (IVC-I = 0'53), como se refleja en la Tabla 9.

Item	IVC-I	CCI	Correlación Item-total
1. Muestra verdadero interés por los/las pacientes y sus cuidados.	0'93	0'83	0'63
2. Muestra amabilidad hacia mí y hacia los/as demás.	0'93	0'80	0'72
3. Me infunde un sentimiento de esperanza hacia mi futuro laboral.	0'87	0'83	0'68
4. Me hace sentir que puedo tener éxito en mi carrera profesional.	0'87	0'79	0'69
5. Me ayuda a visualizarme como enfermera/o profesional.	0'93	0'82	0'70
6. Me hace sentir que no soy apto/ a para la enfermería.	0'80	0'84	0'30
7. No cree en mí como profesional de enfermería.	0'80	0'50	0'49
8. Se preocupa por mí como persona.	0'87	0'81	0'71
9. Me respeta como persona.	0'87	0'78	0'58
10. Es atento/a cuando se comunica conmigo.	0'87	0'84	0'71
11. Revela mi información personal a los/as demás de manera inapropiada.	0'93	0'72	0'37
12. No muestra nada de su lado personal.	0'67	0'54	0'35
13. Reconoce sus propias limitaciones y/o errores.	0'87	0'60	0'53
14. Está a mi disposición cuando es necesario.	0'93	0'74	0'67
15. Comunica de forma clara sus expectativas respecto a los resultados de aprendizaje (qué debo aprender exactamente, cuál es mi rol como estudiante...).	0'93	0'68	0'59
16. Es de utilidad para resolver problemas personales.	0'53	0'78	0'69
17. Ofrece su apoyo en situaciones de tensión.	0'93	0'85	0'74
18. Acepta mis sentimientos negativos al mismo tiempo que me ayuda a ver lo positivo.	0'87	0'81	0'75
19. Me permite expresar mis verdaderos sentimientos.	0'87	0'83	0'76
20. Alienta la resolución autónoma de problemas.	0'93	0'75	0'68
21. Me inspira para continuar con el desarrollo de mis conocimientos y habilidades.	0'93	0'89	0'75
22. Me transmite tranquilidad en el ambiente clínico (prácticas clínicas' talleres de procedimientos' simulación...).	0'93	0'81	0'74
23. No confía en mi criterio en el ambiente clínico (prácticas clínicas, talleres de procedimientos, simulación...).	0'87	0'66	0'46
24. Parece centrarse más en sus prioridades que en responder a mis necesidades.	0'87	0'76	0'69
25. Me pide que lleve a cabo actuaciones que interfieren con mis necesidades personales (ejecutar tareas no propias de la profesión enfermera...).	0'80	0'65	0'46
26. Se centra en completar las tareas de cuidado más que en las necesidades propias de los pacientes.	0'87	0'72	0'53
27. Me ayuda a buscar el significado personal a mis experiencias.	0'80	0'84	0'69
28. Me alienta a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida.	0'80	0'80	0'69
29. Me ayuda a entender la dimensión espiritual de la vida.	0'87	0'68	0'54
30. Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones (sucesos) inesperados.	0'80	0'50	0'32
31. Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los/as estudiantes.	0'80	0'81	0'11

IVC-I= Índice de Validez de Contenido del ítem, CCI= Coeficiente de Correlación Intraclass

Tabla 9 - Fiabilidad prototipo S-NSPIC 2.

En relación con la validez de criterio, los valores absolutos de los coeficientes de correlación de Spearman oscilaron entre 0'536 y 0'725 como se observa en la Tabla 10.

	Total CPET	Características del tutor (CPET subscale)
Total S-NSPIC	-0'725*	-0'715*
Dimensión 1 S-NSPIC	-0'629*	-0'633*
Dimensión 2 S-NSPIC	-0'635*	-0'616*
Dimensión 3 S-NSPIC	-0'586*	-0'559*
Dimensión 4 S-NSPIC	0'536*	0'547*
Dimensión 5 S-NSPIC	-0'666*	-0'670*

*Significación $p < 0'001$

Tabla 10 - Coeficientes de correlación entre las puntuaciones de la S-NSPIC y sus dimensiones y el gold standard CPET y su dimensión "características del tutor".

Previo al AFE se obtuvo una KMO = 0'944 y $p < 0'001$ en la prueba de Bartlett. Los resultados del AFE revelaron cinco factores que explicaban el 60'66 % de la varianza total, y una carga factorial superior a 0'3 en todos los ítems excepto para el ítem 12 y 31 cuya carga fue 0'29 y 0'26 respectivamente, como se muestran en la tabla 11. La dimensión *Compartir de forma respetuosa* no se confirma, dado que los ítems 9 y 10 se relacionaron con la dimensión *Inspira confianza a través del cuidado*, y el ítem 12 obtuvo una carga factorial inferior a 0'3. EL AFE muestra un nuevo factor compuesto por los ítems 3, 4, 5 y 15. Se identificaron cambios en algunos componentes de las dimensiones, como el ítem 8 que se relaciona ahora con *Clima de apoyo y aprendizaje*, los ítems 23 y 24 que ahora cargan en *Control vs flexibilidad*, los ítems 11, 13, 14, 20 y 30 incluidos ahora en la dimensión *Inspira confianza a través del cuidado*, y el ítem 31 presenta una carga factorial inferior a 0'3.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
9. Me respeta como persona	0'532	0'029	0'365	0'160	-0'219
13. Reconoce sus propias limitaciones y/o errores	0'529	0'243	0'201	0'083	-0'099
2. Muestra amabilidad hacia mí y hacia los/as demás	0'521	0'105	0'430	0'353	-0'201
1. Muestra verdadero interés por los/las pacientes y sus cuidados	0'519	0'279	0'209	0'288	-0'110
21. Me inspira para continuar con el desarrollo de mis conocimientos y habilidades	0'506	0'384	0'248	0'428	-0'152
14. Está a mi disposición cuando es necesario	0'504	0'166	0'423	0'165	-0'268
10. Es atento/a cuando se comunica conmigo	0'482	0'109	0'456	0'273	-0'295
11. Revela mi información personal a los/as demás de manera inapropiada	-0'473	-0'044	-0'015	-0'079	0'205
7. No cree en mí como profesional de enfermería	-0'472	-0'049	-0'118	-0'179	0'295
22. Me transmite tranquilidad en el ambiente clínico (prácticas clínicas, talleres de procedimientos' simulación...)	0'466	0'235	0'415	0'352	-0'210
20. Alienta la resolución autónoma de problemas	0'458	0'362	0'285	0'343	-0'078
30. Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones (sucesos) inesperados	-0'353	-0'100	-0'042	-0'054	0'132
6. Me hace sentir que no soy apto/ a para la enfermería	-0'347	0'005	-0'061	-0'077	0'216
27. Me ayuda a buscar el significado personal a mis experiencias	0'185	0'781	0'248	0'255	-0'127
28. Me alienta a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida	0'205	0'779	0'250	0'246	-0'106
29. Me ayuda a entender la dimensión espiritual de la vida	0'066	0'749	0'232	0'177	-0'034
19. Me permite expresar mis verdaderos sentimientos	0'242	0'399	0'652	0'288	-0'142
16. Es de utilidad para resolver problemas personales	0'036	0'441	0'645	0'249	-0'232
18. Acepta mis sentimientos negativos al mismo tiempo que me ayuda a ver lo positivo	0'289	0'406	0'618	0'286	-0'098
17. Ofrece su apoyo en situaciones de tensión	0'437	0'351	0'550	0'157	-0'136
8. Se preocupa por mí como persona	0'254	0'346	0'521	0'308	-0'195
4. Me hace sentir que puedo tener éxito en mi carrera profesional	0'242	0'239	0'240	0'775	-0'142
3. Me infunde un sentimiento de esperanza hacia mi futuro laboral	0'205	0'348	0'209	0'689	-0'187
5. Me ayuda a visualizarme como enfermera/o profesional	0'298	0'251	0'335	0'658	-0'091
15. Comunica de forma clara sus expectativas respecto a los resultados de aprendizaje (qué debo aprender exactamente, cuál es mi rol como estudiante...)	0'267	0'306	0'303	0'315	-0'166
25. Me pide que lleve a cabo actuaciones que interfieren con mis necesidades personales (ejecutar tareas no propias de la profesión enfermera...)	-0'242	-0'065	-0'086	-0'099	0'678
24. Parece centrarse más en sus prioridades que en responder a mis necesidades	-0'332	-0'243	-0'267	-0'214	0'590
26. Se centra en completar las tareas de cuidado más que en las necesidades propias de los pacientes	-0'249	-0'327	-0'096	-0'040	0'580
23. No confía en mi criterio en el ambiente clínico (prácticas clínicas' talleres de procedimientos, simulación...)	-0'214	-0'167	-0'186	-0'131	0'389
12. No muestra nada de su lado personal	-0'026	-0'084	-0'214	-0'209	0'294
31. Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los/as estudiantes	-0'132	0'103	-0'010	0'007	0'260
Varianza					
% de variabilidad	41'719	7'216	4'355	3'746	3'630
% de variabilidad acumulada	41'719	48'935	53'289	57'036	60'665

Tabla 11 - Análisis factorial exploratorio para S-NSPIC.

4.1.5.2. Fiabilidad

El coeficiente alfa de Cronbach de la S-NSPIC es 0'951, tal y como se aprecia en la tabla 12. El coeficiente de Guttman de las dos mitades fue 0'862. Los CCI oscilaron entre 0'5 y 0'89, y los valores del coeficiente de relación ítem-total fueron todos superiores a 0'2 excepto el ítem 31, como se muestran en la Tabla 9.

	N	Cronbach α
NSPIC-S	278	0'951
Confianza a través del cuidado	295	0'896
Clima de aprendizaje y apoyo	303	0'903
Reconocimiento del sentido de la vida	305	0'888
Control y flexibilidad	303	0'741
Proyección profesional	306	0'852

Tabla 12 - Fiabilidad. Valores α Cronbach para la NSPIC-S y sus dimensiones.

Las modificaciones consecuentes de estos resultados se incorporaron en la *versión prototipo*, obteniéndose la versión definitiva culturalmente adaptada, la S-NSPIC (9.14).

4.2. FASE 2. ESTUDIO DESCRIPTIVO

4.2.1. Resultados sociodemográficos

La segunda parte del estudio involucró a 430 participantes, de los cuales 61'2% (n=263) fueron estudiantes, 33'5% (n=144) tutores clínicos y 5'3% (n=23) fueron profesores académicos. Por lo tanto, la tasa de participación fue 85'3% de la población total, 93'9% de los estudiantes, 74'2% de los tutores clínicos y 76'7% de los profesores académicos.

4.2.1.1. Participantes estudiantes

En relación con las características sociodemográficas de los participantes, el grupo de los estudiantes presentó una media de edad de $21'7 \pm 0'4$ años, fueron principalmente mujeres 79'8% (n=210), solteras 96'6% (n=254), inactivas laboralmente 61'2% (n=161) y sin experiencia previa en cuidados 73'4% (n=193). La nota media de acceso a los estudios de enfermería fue $10'54 \pm 0'06$, la mayoría accedió por la vía de selectividad 68'4% (n=180) desde un centro público 70'7% (n=186), siendo enfermería la primera opción para la mayor parte de los participantes 76'4% (n=201). Los participantes estaban repartidos entre los cuatro cursos de formación, primero 28'1% (n=74), segundo 18'2% (n=48), tercero 25'9% (n=68) y cuarto 27'8% (n=73). El entorno de prácticas más frecuente fue el hospital privado 50'9% (n=134) en una planta de hospitalización 29'3% (n=77). La Tabla 13 reúne las características sociodemográficas de los estudiantes participantes distribuidos por curso y en la Tabla 14 se desglosa la información sobre las características sociodemográficas por sexos.

	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Total
<i>Nº de casos</i>	74	48	68	73	263
Edad					
Media $\pm$ IC	20'1 $\pm$ 0'7	22'3 $\pm$ 1'5	21'8 $\pm$ 0'8	22'7 $\pm$ 0'5	21'7 $\pm$ 0'4
Desviación típica	3'04	5'35	3'55	2'35	3'69
Valor mínimo	18	19	20	21	18
Valor máximo	39	48	44	36	48
Nota acceso					
Media $\pm$ IC	10'77 $\pm$ 0'07	10'82 $\pm$ 0'13	10'53 $\pm$ 0'11	10'09 $\pm$ 0'11	10'54 $\pm$ 0'06
Desviación típica	0'31	0'33	0'47	0'48	0'50
Valor mínimo	9'95	10'04	9'02	7'92	7'92
Valor máximo	11'88	11'40	11'50	10'90	11'88
Sexo % (n)					
Mujeres	22'4% (59)	12'2% (32)	21'3% (56)	23'6% (63)	79'8% (210)

Hombres	5'7% (15)	6'1% (16)	4'6% (12)	3'8% (10)	20'2% (53)
Estado civil % (n)					
Soltero	27'4% (72)	17'5% (46)	25'1% (66)	26'6% (70)	96'6% (254)
Casado	0'4% (1)	0'8% (2)	0'4% (1)	0	1'5% (4)
Divorciado	0	0	0	0	0
Viudo	0	0	0	0	0
No respuesta	0'4% (1)	0	0'4% (1)	1'1% (3)	1'9% (5)
Situación laboral % (n)					
Jornada completa	1'5% (4)	0'8% (2)	0'4% (1)	1'1% (3)	3'8% (10)
Media jornada	0	1'5% (4)	1'9% (5)	1'1% (3)	4'6% (12)
Fines de semana	1'5% (4)	1'5% (4)	3'4% (9)	3'4% (9)	9'1% (24)
Trabajo ocasional	3'4% (9)	3'8% (10)	6'5% (17)	6'5% (17)	20'9% (55)
No trabaja	21'3% (56)	10'6% (28)	12'9% (34)	15'2% (40)	61'2% (161)
No respuesta	0'4% (1)	0	0	0	0'4% (1)
Centro educativo previo % (n)					
Público	20'2% (53)	13'7% (36)	18'6% (49)	17'9% (47)	70'7% (186)
Concertado religioso	3'0% (8)	1'5% (4)	4'2% (11)	6'1% (16)	14'8% (39)
Concertado laico	1'5% (4)	0'4% (1)	0'4% (1)	0'8% (2)	3'0% (8)
Privado	3'4% (9)	2'7% (7)	2'3% (6)	2'7% (7)	11'0% (29)
No respuesta	0	0	0'4% (1)	0	0'4% (1)
Vía de acceso % (n)					
Selectividad	17'1% (45)	11'8% (31)	19'8% (52)	19'4% (51)	68'4% (180)
Ciclo superior	0'3% (27)	5'7% (15)	5'3% (14)	6'8% (18)	28'1% (74)
Mayores 25	0'8% (2)	0'4% (1)	0'4% (1)	0'8% (2)	2'3% (6)
Mayores 40	0	0'4% (1)	0'4% (1)	0	0'8% (2)
Mayores 45	0	0	0	0	0
Titulación	0	0	0	0'4% (1)	0'4% (1)
Enfermería primera opción % (n)					
Si	21'3% (56)	14'1% (37)	18'6% (49)	22'4% (59)	76'4% (201)
No	6'8% (18)	4'2% (11)	7'2% (19)	4'9% (13)	23'6% (62)
Centro de prácticas % (n)					
Hospital privado		16'7% (44)	21'3% (56)	12'9% (34)	50'9% (134)
Hospital público		0	0	4'2% (11)	4'2% (11)
Residencia geriátrica		1'1% (3)	1'5% (4)	0	2'7% (7)
Mutua laboral		0'4% (1)	3'0% (8)	2'7% (7)	6'5% (17)
Centro de Salud		0	0	7'2% (19)	7'2% (19)
No respuesta	28'1% (74)	0	0	0'4% (1)	28'5% (75)
Servicio de prácticas % (n)					
Hospitalización/planta		9'5% (25)	13'3% (35)	6'1% (16)	29'3% (77)
UCI		0'8% (2)	1'9% (5)	3'0% (8)	5'7% (15)
Quirófano		0'4% (1)	2'3% (6)	1'9% (5)	4'6% (12)
Urgencias		1'5% (4)	3'0% (8)	3'4% (9)	8'0% (21)
Residencia		1'1% (3)	1'5% (4)	0	1'9% (5)
Laboratorio		1'1% (3)	0'4% (1)	0'4% (1)	1'9% (5)
Atención primaria		0	0	7'2% (19)	7'2% (19)
Pediatría		0	0	3'8% (10)	3'8% (10)
Consultas externas		1'9% (5)	1'1% (3)	0'4% (1)	3'4% (9)
Paritorio		0'4% (1)	0'8% (2)	0'4% (1)	1'5% (4)
No respuesta	28'1% (74)	2'3% (6)	1'5% (4)	0'8% (2)	32'7% (86)
Experiencia en cuidar % (n)					
No	19'4% (51)	13'3% (35)	19'0% (50)	21'3% (56)	73'4% (193)
Si	8'7% (23)	4'9% (13)	6'8% (18)	6'1% (16)	26'6% (70)

IC= Intervalo de confianza

Tabla 13 - Características sociodemográficas de los estudiantes por curso.

	Primero 28'1% (n=74)		Segundo 18'2% (n=48)		Tercero 25'9% (n=68)		Cuarto 27'8% (n=73)		Total N=263	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Nº de casos	59	15	32	16	56	12	63	10	210	53
Edad										
Media ± IC	20'3 ± 0'8	19'1 ± 0'6	21'1 ± 0'7	24'8 ± 4'1	21'6 ± 0'9	22'8 ± 2'5	22'7 ± 0'6	23'0 ± 1'7	21'5 ± 0'4	22'4 ± 1'5
Desviación típica	3'31	1'30	2'08	8'42	3'33	4'51	2'32	2'71	3'01	5'61
Valor mínimo	18	18	19	19	20	20	21	21	18	18
Valor máximo	39	21	27	48	44	36	36	30	44	48
Nota acceso										
Media ± IC	10'77 ± 0'08	10'79 ± 0'18	10'79 ± 0'13	10'90 ± 0'11	10'51 ± 0'12	10'65 ± 0'31	10'11 ± 0'12	9'90 ± 0'22	10'51 ± 0'07	10'63 ± 0'14
Desviación típica	0'30	0'35	0'37	0'23	0'46	0'55	0'49	0'35	0'50	0'51
Valor mínimo	10'25	9'95	10'04	10'39	9'02	9'40	7'92	9'20	7'92	9'20
Valor máximo	11'88	11'30	11'4	11'20	11'30	11'50	10'9	10'40	11'88	11'5
Estado civil % (n)										
Soltero	21'7% (57)	5'7% (15)	12'2% (32)	5'3% (14)	21'3% (56)	3'8% (10)	22'4% (59)	3'8% (10)	77'9% (205)	18'6% (49)
Casado	0'4% (1)			0'8% (2)		0'4% (1)			0'4% (1)	1'1% (3)
Divorciado										
Viudo										
No respuesta	0'4% (1)					0'4% (1)	1'1% (3)		1'5% (4)	0'4% (1)
Situación laboral % (n)										
Jornada completa	1'5% (4)			0'8% (2)	0'4% (1)		1'1% (3)		3'0% (8)	0'8% (2)
Media jornada			1'1% (3)	0'4% (1)	1'5% (4)	0'4% (1)	0'8% (2)	0'4% (1)	3'4% (9)	1'1% (3)
Fines de semana	1'5% (4)		0'8% (2)	0'8% (2)	2'3% (6)	1'1% (3)	2'3% (6)	1'1% (3)	6'8% (18)	2'3% (6)
Trabajo ocasional	2'7% (7)	0'8% (2)	1'5% (4)	2'3% (6)	5'7% (15)	0'8% (2)	5'7% (15)	0'8% (2)	15'6% (41)	5'3% (14)
No trabaja	16'3% (43)	4'9% (13)	8'7% (23)	1'9% (5)	11'4% (30)	1'5% (4)	13'7% (36)	1'5% (4)	50'6% (133)	10'6% (28)
No respuesta	0'4% (1)								0'4% (1)	
Centro educativo previo % (n)										
Público	16'7% (44)	3'4% (9)	8'7% (23)	4'9% (13)	15'2% (40)	3'4% (9)	15'6% (41)	2'3% (6)	56'6% (149)	14'1% (37)
Concertado religioso	1'5% (4)	1'5% (4)	1'5% (4)		3'8% (10)	0'4% (1)	5'3% (14)	0'8% (2)	12'2% (32)	2'7% (7)
Concertado laico	1'1% (3)	0'4% (1)		0'4% (1)	0'4% (1)		0'8% (2)		2'3% (6)	0'8% (2)
Privado	3'0% (8)	0'4% (1)	1'9% (5)	0'8% (2)	1'5% (4)	0'8% (2)	1'9% (5)	0'8% (2)	8'4% (22)	2'7% (7)
No respuesta					0'4% (1)				0'4% (1)	

4.2.1.2. Participantes tutores clínicos

El grupo de participantes tutores clínicos estuvo configurado por 144 personas de las cuales 68'7% (n=99) fueron mujeres, 28'5% (n=41) fueron hombres y 2'8% (n=4) no respondieron al ítem sexo. Los participantes tienen una edad media $40'0 \pm 1'5$ años, la mayoría son diplomados de enfermería 85% (n=123), casados 53'5% (77) que trabajan en un hospital privado 45'8% (n=66). En relación con su experiencia profesional, hace $17'6 \pm 1'6$ años que terminaron los estudios, tienen $16'8 \pm 1'6$ años de experiencia asistencial, como experiencia docente cuentan con $7'8 \pm 1'3$ años y han ejercido como tutores clínicos $11'3 \pm 1'2$ años. Las características sociodemográficas de los tutores clínicos se detallan en la Tabla 15. La experiencia profesional de los tutores clínicos se describe en la Tabla 16.

	Mujeres	Hombres	Total
Nº de casos	99	41	144*
Estado civil % (n)			
Soltero	40'4% (40)	39'0% (16)	41'0% (59)
Casado	55'6% (55)	51'2% (21)	53'5% (77)
Divorciado	3'0% (3)	4'9% (2)	3'4% (5)
Viudo			
No respuesta	1'0% (1)	4'9% (2)	2'1% (3)
Titulación % (n)			
ATS	0'7% (1)		0'7% (1)
Diplomatura Enfermería	61'1% (88)	22'9% (33)	85'4% (123)
Grado	6'9% (10)	4'2% (6)	12'5% (18)
No respuesta		1'4% (2)	1'4% (2)
Edad			
Media $\pm$ Intervalo de confianza	$39'9 \pm 1'8$	$41'0 \pm 2'7$	$40'0 \pm 1'5$
Desviación típica	9'0	9'0	9'0
Valor mínimo	22	24	22
Valor máximo	63	61	63
Años desde finalización estudios			
Media $\pm$ Intervalo de confianza	$17'5 \pm 2'1$	$18'5 \pm 2'8$	$17'6 \pm 1'6$
Desviación típica	10'1	9'2	9'8
Valor mínimo	1	2	1
Valor máximo	58	40	58
Años de experiencia asistencial			
Media $\pm$ Intervalo de confianza	$16'7 \pm 1'9$	$17'7 \pm 2'9$	$16'8 \pm 1'6$
Desviación típica	9'9	9'4	9'7
Valor mínimo	1	2	1
Valor máximo	58	40	58
Años de experiencia docente			
Media $\pm$ Intervalo de confianza	$8'7 \pm 1'6$	$5'8 \pm 2'0$	$7'8 \pm 1'3$
Desviación típica	8'0	6'7	7'7
Valor mínimo			

Valora máximo	33	22	33
Años de experiencia como tutor clínico			
Media $\pm$ Intervalo de confianza	11'7 $\pm$ 1'4	10'8 $\pm$ 2'3	11'3 $\pm$ 1'2
Desviación típica	7'1	7'6	7'2
Valor mínimo			
Valora máximo	33	29	33
Tipo de centro asistencial % (n)			
Hospital privado	33'3% (48)	11'1% (16)	45'8% (66)
Hospital público	6'2% (9)	2'8% (4)	9'0% (13)
Residencia geriátrica	2'8% (4)		3'5% (5)
Mutua Laboral	13'9% (20)	5'6% (8)	20'1% (29)
Centro de Salud	12'5% (18)	9'0% (13)	21'5% (31)
Servicio % (n)			
Hospitalización	25'0% (36)	4'9% (7)	31'9% (46)
UCI	2'8% (4)	0'7% (1)	3'5% (5)
Quirófano	5'6% (8)	3'5% (5)	9'0% (13)
Urgencias	3'5% (5)	2'8% (4)	6'2% (9)
Residencia	2'8% (4)		2'8% (4)
Laboratorio			
Atención primaria	12'5% (18)	9'0% (13)	21'5% (31)
Pediatría	4'17% (6)	0'7% (1)	4'9% (7)
Consultas externas	1'4% (2)		1'4% (2)
Paritorio			
No respuesta	16'2% (16)	24'4% (10)	28'5% (27)

*No respuesta al ítem sexo n=4

Tabla 15 - Características sociodemográficas de los participantes tutores clínicos.

	Años desde finalización estudios	Años de experiencia asistencial	Años de experiencia docente	Años de experiencia como tutor clínico
Nº de casos*	144	143	134	137
Media	17'56	16'81	7'81	11'35
Error típico	0'82	0'82	0'67	0'62
Mediana	17	16	7	10
Moda	16	15	0	10
Desviación estándar	9'81	9'75	7'72	7'25
Varianza de la muestra	96'22	95'03	59'65	52'54
Curtosis	1'65	1'86	-0'64	-0'15
Coeficiente de asimetría	0'90	0'95	0'59	0'53
Rango	57	57	33	33
Mínimo	1	1	0	0
Máximo	58	58	33	33

*Se consideran los casos con respuesta en el cuestionario

Tabla 16 - Descripción de la experiencia profesional de los tutores clínicos.

4.2.1.3. Participantes profesores académicos

El grupo de los participantes docentes académicos presentó una media de edad de $43'5 \pm 4'3$ años y estuvo configurado por hombres 56'5% (n=13) y mujeres 43'5% (n=10). Este grupo de participantes estuvo mayoritariamente casado 65'3% (n=15), con una media de $20'5 \pm 4'2$ años desde la obtención de su titulación, $17'8 \pm 4'3$ años de experiencia asistencial y $11'2 \pm 4'1$ años de experiencia docente. Las características sociodemográficas de los profesores académicos se detallan en la Tabla 17. La experiencia profesional de los profesores académicos se describe en la Tabla 18.

	Mujeres	Hombres	Total
Nº de casos	10	13	23
Estado civil % (n)			
Soltero	8'7% (2)	21'7% (5)	30'4% (7)
Casado	34'8% (8)	30'4% (7)	65'2% (15)
Divorciado		4'3% (1)	4'3% (1)
Viudo			
Titulación % (n)			
ATS			
Diplomatura Enfermería	39'1% (9)	52'2% (12)	91'3% (21)
Grado			
Otra	4'3% (1)	4'3% (1)	8'6% (2)
Edad			
Media $\pm$ Intervalo de confianza	42'2 $\pm$ 7'3	44'5 $\pm$ 5'5	43'5 $\pm$ 4'3
Desviación típica	11'8	10'1	10'6
Valor mínimo	28	30	28
Valora máximo	56	58	58
Años desde finalización estudios			
Media $\pm$ Intervalo de confianza	18'1 $\pm$ 6'7	22'3 $\pm$ 5'4	20'5 $\pm$ 4'2
Desviación típica	10'84	10'0	10'35
Valor mínimo	5	5	5
Valora máximo	34	37	37
Años de experiencia asistencial			
Media $\pm$ Intervalo de confianza	14'7 $\pm$ 6'5	20'3 $\pm$ 5'6	17'8 $\pm$ 4'3
Desviación típica	10'58	10'26	10'54
Valor mínimo	2	4	2
Valora máximo	30	35	35
Años de experiencia docente			
Media $\pm$ Intervalo de confianza	10'2 $\pm$ 7'0	11'9 $\pm$ 5'2	11'2 $\pm$ 4'1
Desviación típica	11'39	9'54	10'17
Valor mínimo	1	1	1
Valora máximo	33	30	33

Tabla 17 - Características sociodemográficas de los participantes profesores académicos.

	Años desde finalización estudios	Años de experiencia asistencial	Años de experiencia docente
Nº de casos	23	23	23
Media	20'48	17'83	11'17
Error típico	2'16	2'20	2'12
Mediana	20	18	8
Moda	10	29	1
Desviación estándar	10'35	10'54	10'17
Varianza de la muestra	107'17	111'15	103'51
Curtosis	-1'43	-1'38	-0'09
Coeficiente de asimetría	-0'04	0'14	1'02
Rango	32	33	32
Mínimo	5	2	1
Máximo	37	35	33
Suma	471	410	257

Tabla 18 - Descripción de la experiencia profesional de los profesores académicos.

4.2.2. Resultados descriptivos

Para el análisis descriptivo se contó con 1139 cuestionarios S-NSPIC, 189 de ellos describieron los comportamientos de cuidado de los tutores clínicos según la percepción de los estudiantes, 144 hacían referencia a la autopercepción de los propios comportamientos de cuidado de los tutores clínicos, 783 se refirieron a los comportamientos de cuidado de los profesores académicos según la percepción del alumnado y 23 cuestionarios describieron los comportamientos de cuidado de los profesores académicos según su propia percepción. El proceso de selección de participantes y cuestionarios se resume en la Figura 7.

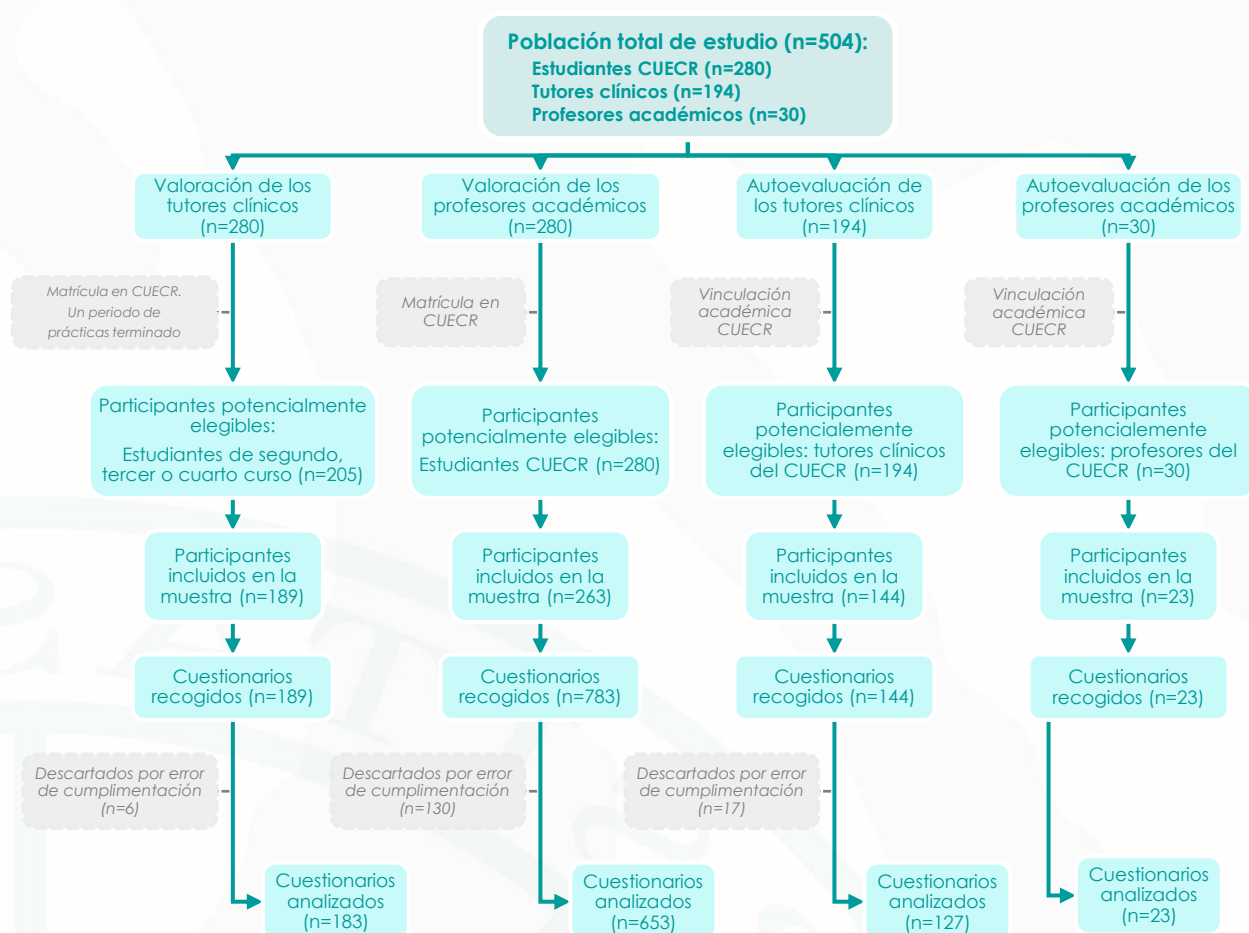


Figura 7 - Diagrama de flujo de los participantes de la fase 2.

El número de cuestionarios analizados es superior al de participantes dado que los estudiantes rellenaron más de un cuestionario cada uno, valorando al tutor clínico y entre 1 y 5 profesores académicos. Tanto los tutores clínicos como los profesores académicos solamente evaluaron sus propios comportamientos. La Tabla 19 describe la distribución de los cuestionarios entre los grupos de participantes.

Grupo de participantes	Profesores académicos evaluados	Número de cuestionarios	Tutores clínicos evaluados	Número de cuestionarios	Número de cuestionarios totales
Alumnos primero	5	370	0	0	370
Alumnos segundo	0	0	1	48	48
Alumnos tercero	5	340	1	68	408
Alumnos cuarto	1	73	1	73	146
Profesores académicos	1*	23	0	0	23
Tutores clínicos	0	0	1*	144	144
Total		806		333	1139

*Autoevaluación

Tabla 19 - Distribución de los cuestionarios entre los participantes.

La distribución de los cuestionarios es heterogénea por varios motivos. Los alumnos de primer curso no han realizado ningún periodo de prácticas clínicas, por lo tanto, no cumplen el criterio de inclusión para evaluar a su tutor clínico y solamente han evaluado a tutores académicos. El grupo de profesores académicos que cumplen los criterios de inclusión del estudio imparten su docencia en diferentes cursos de manera desigual. Según el plan de estudios vigente en el CUECR los créditos asignados al cuarto curso corresponden en su mayoría a asignaturas prácticas, lo que les dificulta poder evaluar a los profesores académicos.

4.2.2.1. Cuidado transmitido por los tutores clínicos según la percepción de los estudiantes

El estudio descriptivo ofreció información sobre el número de casos, medidas de posición central (media, mediana y moda), dispersión (rango, varianza, desviación típica) y forma (asimetría y curtosis). Los cuestionarios analizados corresponden a la evaluación del tutor clínico que los estudiantes realizaron durante las prácticas correspondientes a la asignatura Practicum I de segundo curso, Practicum III de tercer curso y Practicum V de cuarto curso.

En relación con el cuidado transmitido por los tutores clínicos, la Tabla 20 reúne la descripción de las dimensiones según la perspectiva de los estudiantes. Para el análisis de dimensiones se han eliminado 6 cuestionarios de los 189 recogidos por no tener disponible respuesta a todos los ítems. Concretamente un cuestionario del Practicum III y 5 del Practicum V (Figura 7). Los valores de la media oscilaron entre $60'20 \pm$ de la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida* para el tercer curso y $93'32 \pm 2'84$ de la dimensión *Autonomía profesional* para el segundo curso. En general, la dimensión menos valorada fue *Reconocimiento del sentido de la vida* con un valor de media $69'00 \pm 3'38$ y la dimensión más valorada fue *Confianza a través del cuidado* con un valor de media $87'35 \pm 1'81$. Estas dimensiones son también las menos y más valoradas en tercero y cuarto, con unos valores de media $60'20 \pm 5'61$ y $66'18 \pm 4'72$ respectivamente para la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida*; y valores de media $84'14 \pm 3'65$ y $86'88 \pm 2'74$ respectivamente para la dimensión

Confianza a través del cuidado. Sin embargo, en la percepción del cuidado de los tutores clínicos en segundo curso, la dimensión menos valorada coincide con los demás cursos en *Reconocimiento del sentido de la vida* con valor de media $85'30 \pm 5'54$ y la más valorada *Autonomía profesional* con un valor de media $93'32 \pm 2'84$.

	Valores	Segundo	Tercero	Cuarto	Total tutores clínicos
	Nº de casos	48	67	68	183
D1 <i>Confianza a través del cuidado</i>	Media $\pm$ IC	92'49 $\pm$ 1'91	84'14 $\pm$ 3'65	86'88 $\pm$ 2'74	87'35 $\pm$ 1'81
	Desviación típica	6'76	15'23	11'54	12'48
	Mínimo	73'08	37'18	42'31	37'18
	Máximo	100'00	100'00	100'00	100'00
D2 <i>Clima de aprendizaje y apoyo</i>	Media $\pm$ IC	91'94 $\pm$ 2'66	72'34 $\pm$ 5'39	78'28 $\pm$ 3'98	79'69 $\pm$ 2'79
	Desviación típica	9'42	22'50	16'73	19'23
	Mínimo	56'67	16'67	20'00	16'67
	Máximo	100'00	100'00	100'00	100'00
D3 <i>Reconocimiento del sentido de la vida</i>	Media $\pm$ IC	85'30 $\pm$ 5'54	60'20 $\pm$ 5'61	66'18 $\pm$ 4'72	69'00 $\pm$ 3'38
	Desviación típica	19'60	23'44	19'85	23'35
	Mínimo	16'67	16'67	22'22	16'67
	Máximo	100'00	100'00	100'00	100'00
D4 <i>Control vs flexibilidad</i>	Media $\pm$ IC	86'63 $\pm$ 5'28	77'74 $\pm$ 4'93	79'23 $\pm$ 3'76	80'62 $\pm$ 2'71
	Desviación típica	18'67	20'61	15'81	18'69
	Mínimo	16'67	25'00	25'00	16'67
	Máximo	100'00	100'00	100'00	100'00
D5 <i>Autonomía profesional</i>	Media $\pm$ IC	93'32 $\pm$ 2'84	77'67 $\pm$ 4'65	82'87 $\pm$ 3'49	83'67 $\pm$ 2'43
	Desviación típica	10'05	19'43	14'70	16'75
	Mínimo	58'33	25'00	25'00	25'00
	Máximo	100'00	100'00	100'00	100'00

IC= Intervalo de Confianza, D1 = dimensión 1, D2 = dimensión 2, D3 = dimensión 3, D4 = dimensión 4, D5 = dimensión 5

Tabla 20 - Descripción de las dimensiones de la S-NSPIC sobre el cuidado transmitido por los tutores clínicos según el curso.

Las Figura 8, Figura 9, Figura 10 y Figura 11 representan los diagramas de cajas de los resultados de la percepción del alumnado sobre los tutores clínicos de todos cursos, de segundo, tercero y cuarto respectivamente. Ofrecen información gráfica del conjunto de datos sobre los valores mínimo, máximo, cuartiles, existencia de atípicos y simetría.

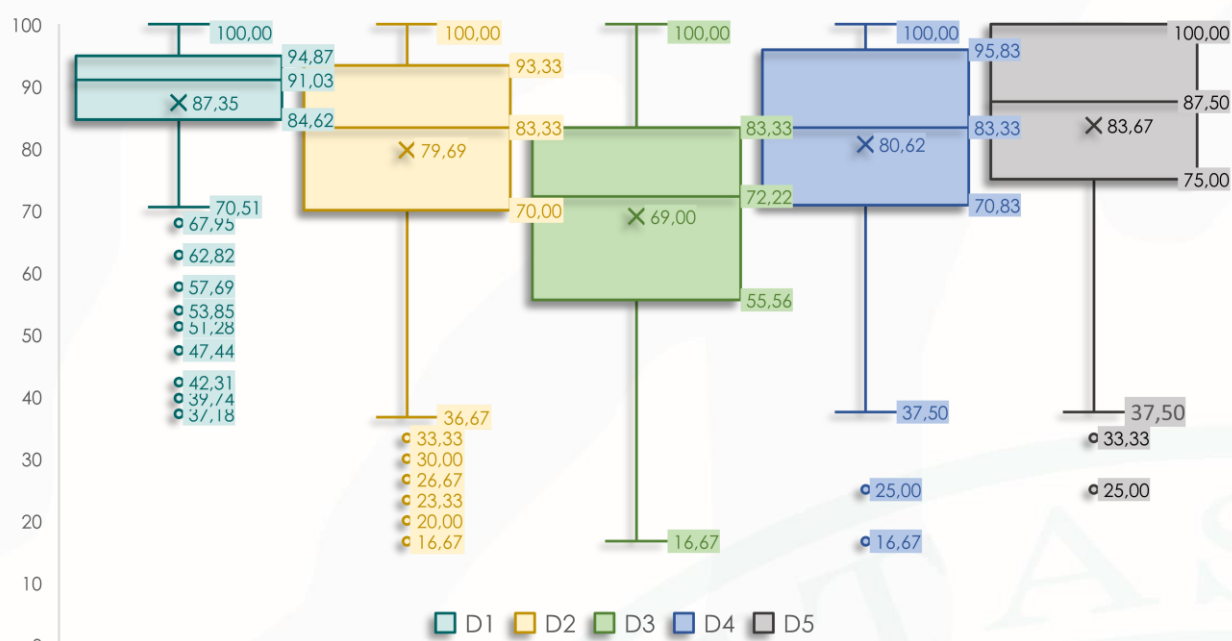


Figura 8 - Diagrama de cajas de la percepción del alumnado sobre los tutores clínicos por dimensiones.

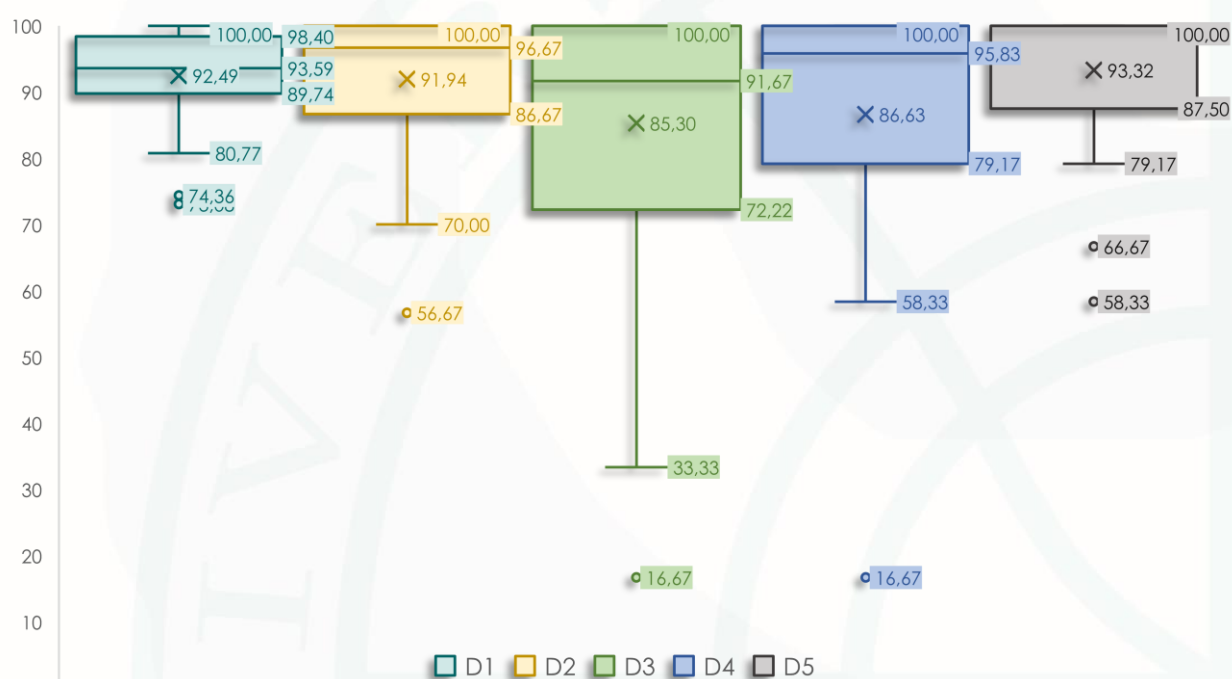


Figura 9 - Diagrama de cajas de la percepción del alumnado de segundo sobre los tutores clínicos por dimensiones.

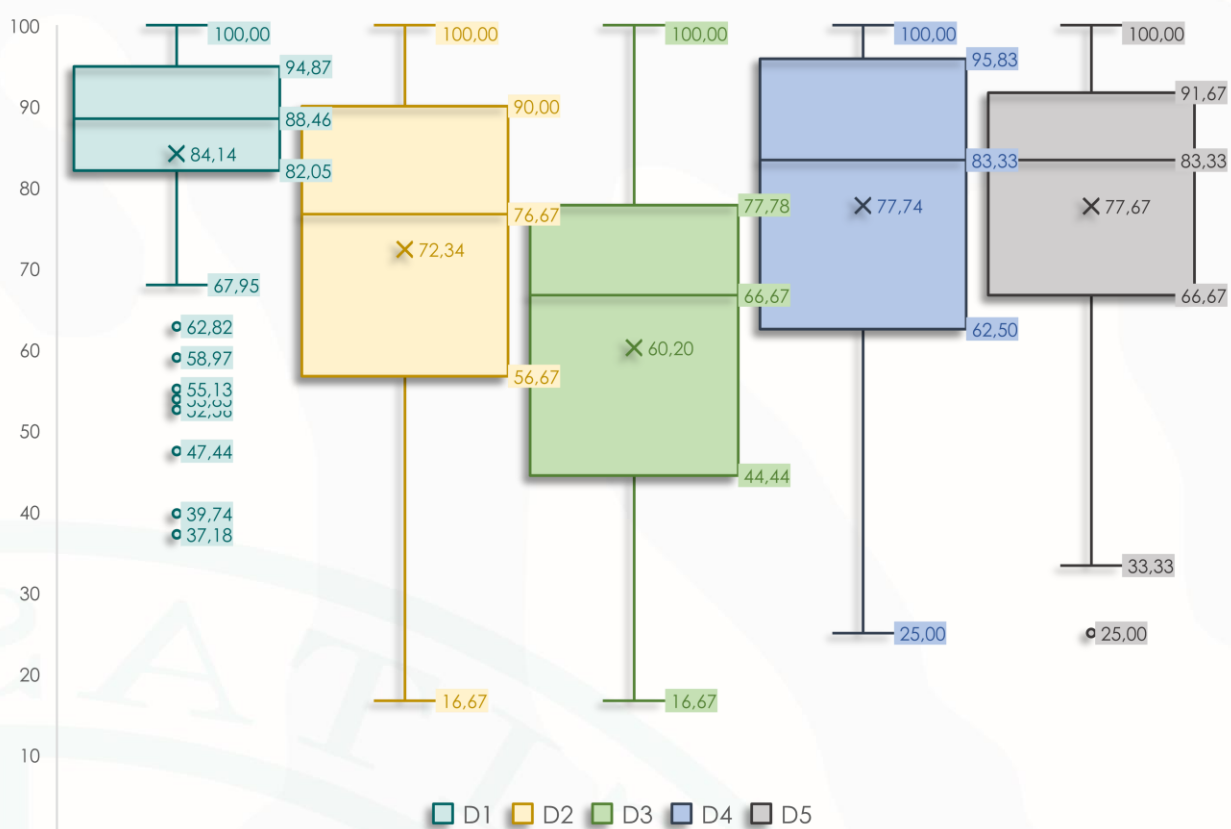


Figura 10 - Diagrama de cajas de la percepción del alumnado de tercero sobre los tutores clínicos por dimensiones.

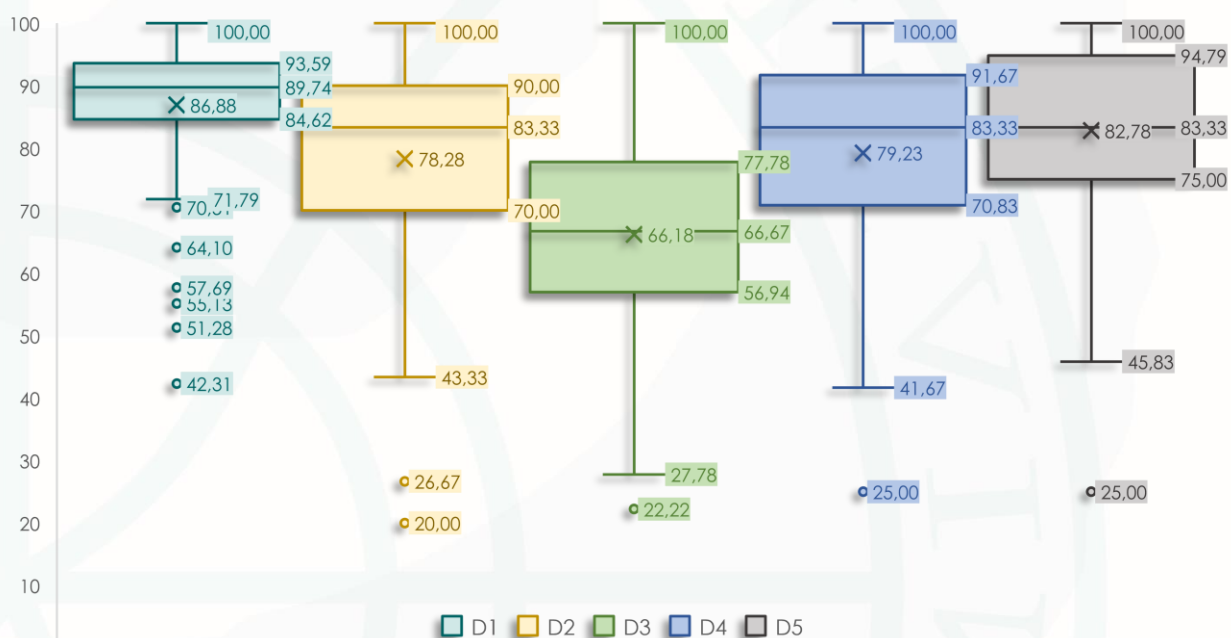


Figura 11 - Diagrama de cajas de la percepción del alumnado de cuarto sobre los tutores clínicos por dimensiones.

En todos los casos estudiados, los comportamientos de cuidados de los tutores clínicos en conjunto, del segundo, tercero y cuarto, se rechazó la normalidad de la distribución de los datos por haberse obtenidos valores de p inferiores a 0'005 en las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (Tabla 21).

Grupo	Estadístico	D1	D2	D3	D4	D5
Tutores clínicos total	Kolmogorov-Smirnov	0'187	0'148	0'138	0'150	0'165
	p -valor	<0'001*	<0'001*	<0'001*	<0'001*	<0'001*
Tutores clínicos segundo	Shapiro-Wilk	0'894	0'815	0'773	0'708	0'713
	p -valor	<0'001*	<0'001*	<0'001*	<0'001*	<0'001*
Tutores clínicos tercero	Kolmogorov-Smirnov	0'208	0'130	0'158	0'174	0'162
	p -valor	<0'001*	0'007*	<0'001*	<0'001*	<0'001*
Tutores clínicos cuarto	Kolmogorov-Smirnov	0'218	0'153	0'202	0'116	0'125
	p -valor	<0'001*	<0'001*	<0'001*	0'023*	0'010*

*significación estadística; D1=dimensión 1; D2= dimensión 2; D3= dimensión 3; D4= dimensión 4; D5= dimensión 5

Tabla 21 - Prueba de normalidad para las valoraciones de los tutores clínicos por parte de los estudiantes.

4.2.2.2. Cuidado transmitido por los tutores clínicos según su propia percepción

El análisis descriptivo incluye medidas de posición central (media, mediana y moda), dispersión (rango, varianza, desviación típica) y forma (asimetría y curtosis). Se consideraron válidos los cuestionarios con todas las casillas rellenas, por lo tanto, se eliminaron 17 del total por no tener disponible respuesta a todos los ítems (Figura 7).

Según los tutores clínicos, la dimensión que más muestran es *Confianza a través del cuidado* cuyos valores presentan una media $92'87 \pm 0'93$ y la menos demostrada es la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida* cuyos valores presentan una media $69'16 \pm 3'48$. Los resultados de estudio descriptivo de los comportamientos de cuidado que los tutores clínicos creen demostrar ante los estudiantes se reúnen en la Tabla 22.

	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5
Nº de casos	127	127	127	127	127
Media	92'87 ± 0'93	85'67 ± 1'74	69'16 ± 3'48	85'33 ± 2'12	86'61 ± 1'93
Error típico	0'48	0'89	1'78	1'08	0'98
Mediana	93'59	86'67	72'22	87'50	87'50
Moda	100'00	83'33	77'78	100'00	87'50
Desviación estándar	5'36	10'03	20'03	12'17	11'08
Varianza de la muestra	28'72	100'58	401'09	148'22	122'80
Curtosis	-0'17	0'63	-0'10	0'53	15'49
Coefficiente de asimetría	-0'51	-0'80	-0'50	-0'91	-2'73
Rango	25'64	46'67	83'33	54'17	87'50
Mínimo	74'36	53'33	16'67	45'83	12'50
Máximo	100	100	100	100	100
Suma	11794'87	10880'00	8783'33	10837'50	11000'00

Tabla 22 - Descripción de las dimensiones de la S-NSPIC según la percepción propia de los tutores clínicos.

Los diagramas de cajas de la autopercepción de los tutores clínicos del cuidado transmitido a los estudiantes se reflejan en la figura 12.

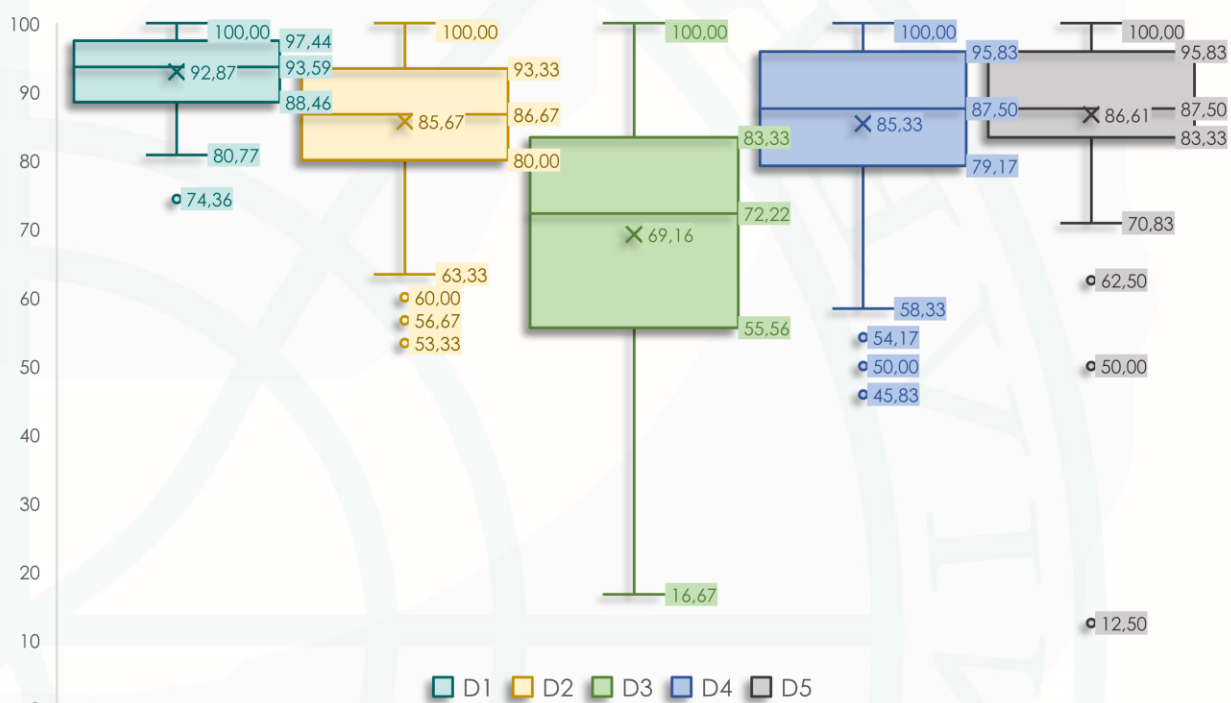


Figura 12 - Diagrama de cajas de la percepción de los tutores clínicos sobre el cuidado transmitido a los estudiantes por dimensiones.

En relación con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se rechazó la distribución de normalidad de los datos para las cinco dimensiones estudiadas dado que $p < 0'005$ (Tabla 23).

Grupo	Estadístico	D1	D2	D3	D4	D5
Profesores académicos total	Kolmogorov-Smirnov	0'112	0'108	0'113	0'122	0'135
	p-valor	0'001	0'001	0'003	<0'001*	<0'001*

*significación estadística D1=dimensión 1; D2= dimensión 2; D3= dimensión 3; D4= dimensión 4; D5= dimensión 5

Tabla 23 - Prueba de normalidad para las valoraciones de la autopercepción de los tutores clínicos.

4.2.2.3. Cuidado transmitido por los profesores académicos según la percepción de los estudiantes.

Para el análisis descriptivo de la percepción de los estudiantes sobre los comportamientos de cuidado mostrados por sus profesores académicos se calcularon medidas de posición central (media, mediana y moda), dispersión (rango, varianza, desviación típica) y forma (asimetría y curtosis). En este análisis se consideraron los cuestionarios que rellenaron los estudiantes de primer, tercer y cuarto curso para evaluar a los profesores académicos que cumplían los criterios de inclusión. Se descartaron 130 cuestionarios de los 783 recogidos al considerarse no válidos por no proporcionar respuesta en alguno de los ítems (Figura 7). Los resultados descriptivos de las dimensiones de la S-NSPIC relativos al cuidado transmitido por los profesores académicos a los estudiantes se muestran en la Tabla 24. La dimensión más apreciada por los estudiantes fue Control vs flexibilidad con un valor medio $82'29 \pm 1'15$ y la menos apreciada fue Reconocimiento del sentido de la vida con un valor medio $63'90 \pm 1'70$.

	Valores	Segundo	Tercero	Cuarto	Total profesores
	Nº de casos	328	286	62	676
D1 <i>Confianza a través del cuidado</i>	Media $\pm$ IC	82'71 $\pm$ 1'23	76'42 $\pm$ 1'97	84'43 $\pm$ 2'01	80'20 $\pm$ 1'07
	Desviación típica	11'37	17'02	8'09	14'20
	Mínimo	47'44	20'51	62'82	20'51
	Máximo	100	100	100'00	100
D2 <i>Clima de aprendizaje y apoyo</i>	Media $\pm$ IC	70'18 $\pm$ 2'00	59'18 $\pm$ 2'77	68'06 $\pm$ 3'54	65'34 $\pm$ 1'60
	Desviación típica	18'50	23'86	14'23	21'27
	Mínimo	16'67	16'67	36'67	16'67
	Máximo	100	100	100	100
D3 <i>Reconocimiento del sentido de la vida</i>	Media $\pm$ IC	68'11 $\pm$ 2'18	58'88 $\pm$ 2'89	64'78 $\pm$ 4'64	63'90 $\pm$ 1'70
	Desviación típica	20'16	24'94	18'66	22'59
	Mínimo	16'67	16'67	16'67	16'67
	Máximo	100	100	100	100
D4 <i>Control vs flexibilidad</i>	Media $\pm$ IC	85'06 $\pm$ 1'38	78'66 $\pm$ 2'02	84'34 $\pm$ 3'13	82'29 $\pm$ 1'15
	Desviación típica	12'72	17'44	12'59	15'20
	Mínimo	41'67	20'83	54'17	20'83
	Máximo	100	100	100'00	100
D5 <i>Autonomía profesional</i>	Media $\pm$ IC	78'63 $\pm$ 1'90	67'28 $\pm$ 2'81	84'21 $\pm$ 2'58	74'34 $\pm$ 1'59
	Desviación típica	17'58	24'23	10'35	21'12
	Mínimo	16'67	16'67	50'00	16'67
	Máximo	100	100	100	100

IC= Intervalo de Confianza, D1 = dimensión 1, D2 = dimensión 2, D3 = dimensión 3, D4 = dimensión 4, D5 = dimensión 5

Tabla 24 - Descripción de las dimensiones de la S-NSPIC del cuidado transmitido por los profesores académicos según la percepción de los estudiantes.

Los diagramas de cajas relativos a la descripción del cuidado percibido por los estudiantes de sus profesores académicos se muestran en la Figura 13.

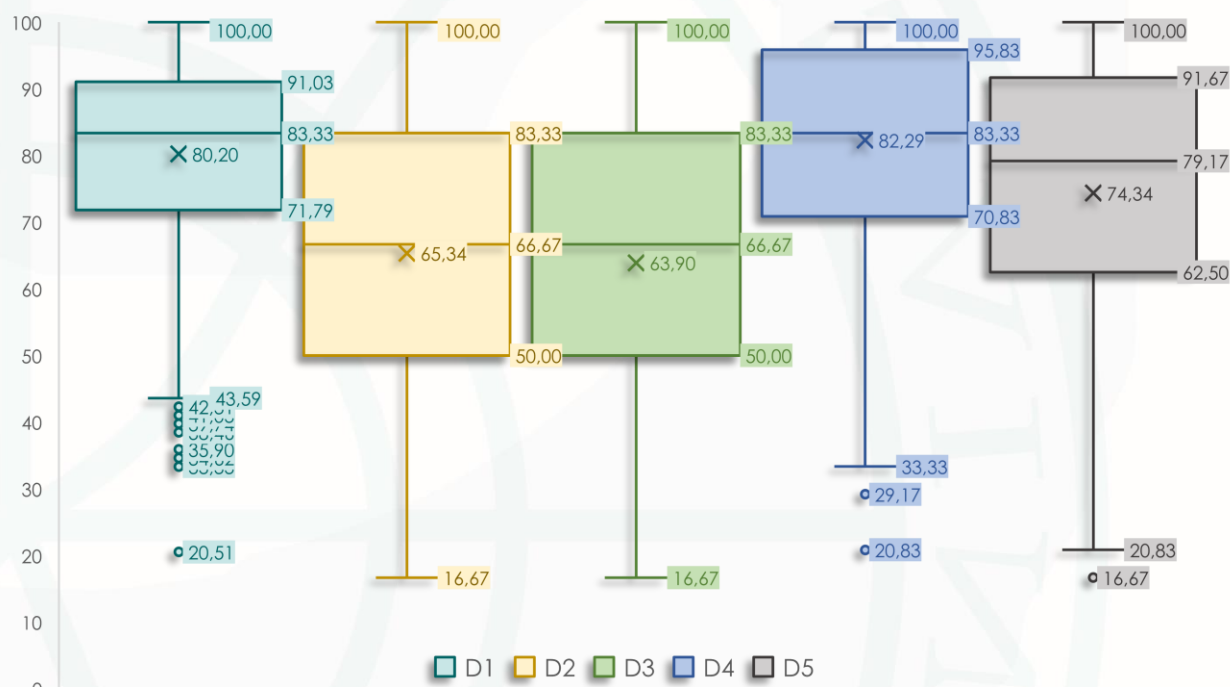


Figura 13 - Diagrama de cajas de la percepción del alumnado sobre los profesores académicos por dimensiones.

En relación con la prueba de normalidad de la distribución de los datos, se rechazó la normalidad para las cinco dimensiones al obtener valores $p < 0'05$ (Tabla 25).

Grupo	Estadístico	D1	D2	D3	D4	D5
Profesores académicos total	Kolmogorov-Smirnov	0'108	0'089	0'113	0'122	0'135
	<i>p-valor</i>	<0'001*	<0'001*	<0'001*	<0'001*	<0'001*
Profesores académicos primero	Kolmogorov-Smirnov	0'103	0'074	0'128	0'124	0'129
	<i>p-valor</i>	<0'001*	<0'001*	<0'001*	<0'001*	<0'001*
Profesores académicos tercero	Kolmogorov-Smirnov	0'102	0'083	0'109	0'111	0'106
	<i>p-valor</i>	<0'001*	<0'001*	<0'001*	<0'001*	<0'001*
Profesores académicos cuarto	Kolmogorov-Smirnov	0'102	0'123	0'101	0'140	0'126
	<i>p-valor</i>	0'172	0'021*	0'183	0'04*	0'015*

*significación estadística; D1=dimensión 1; D2= dimensión 2; D3= dimensión 3; D4= dimensión 4; D5= dimensión 5

Tabla 25 - Prueba de normalidad para las valoraciones de los profesores académicos por parte de los estudiantes.

4.2.2.4. Cuidado transmitido por los profesores académicos según su propia percepción

Se realizó un análisis descriptivo con medidas de posición central (media, mediana y moda), dispersión (rango, varianza, desviación típica) y forma (asimetría y curtosis). La Tabla 26 reúne los resultados descriptivos de las puntuaciones de cada dimensión de la S-NSPIC empleada para evaluar el cuidado que los profesores académicos piensan que transmiten al alumnado en su docencia. La dimensión más valorada según su propia percepción fue Autonomía profesional con $89'86 \pm 3'24$ de media y la menos valorada fue Control vs flexibilidad con $71'38 \pm 4'18$ de media.

	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5
Nº de casos	23	23	23	23	23
Media	87'01 ± 1'84	83'19 ± 6'09	79'71 ± 6'15	71'38 ± 4'18	89'86 ± 3'24
Error típico	0'94	3'10	3'14	2'13	1'65
Mediana	87'18	90'00	83'33	75	91'67
Moda	91'03	96'67	94'44	75	95'83
Desviación estándar	4'51	14'89	15'04	10'23	7'93
Varianza de la muestra	20'37	221'70	226'17	104'65	62'86
Curtosis	-1'18	-0'38	-1'08	1'94	-0'80
Coefficiente de asimetría	0'06	-0'86	-0'43	-1'60	-0'44
Rango	15'38	46'67	50	37'5	25
Mínimo	79'49	53'33	50	45'83	75
Máximo	94'87	100	100	83'33	100
Suma	2001'28	1913'33	1833'33	1641'67	2066'67

Tabla 26 - Descripción de las dimensiones de la S-NSPIC según la percepción propia de los profesores académicos.

Los diagramas de cajas de la autopercepción de los profesores académicos del cuidado transmitido a los estudiantes se reflejan en la Figura 14.

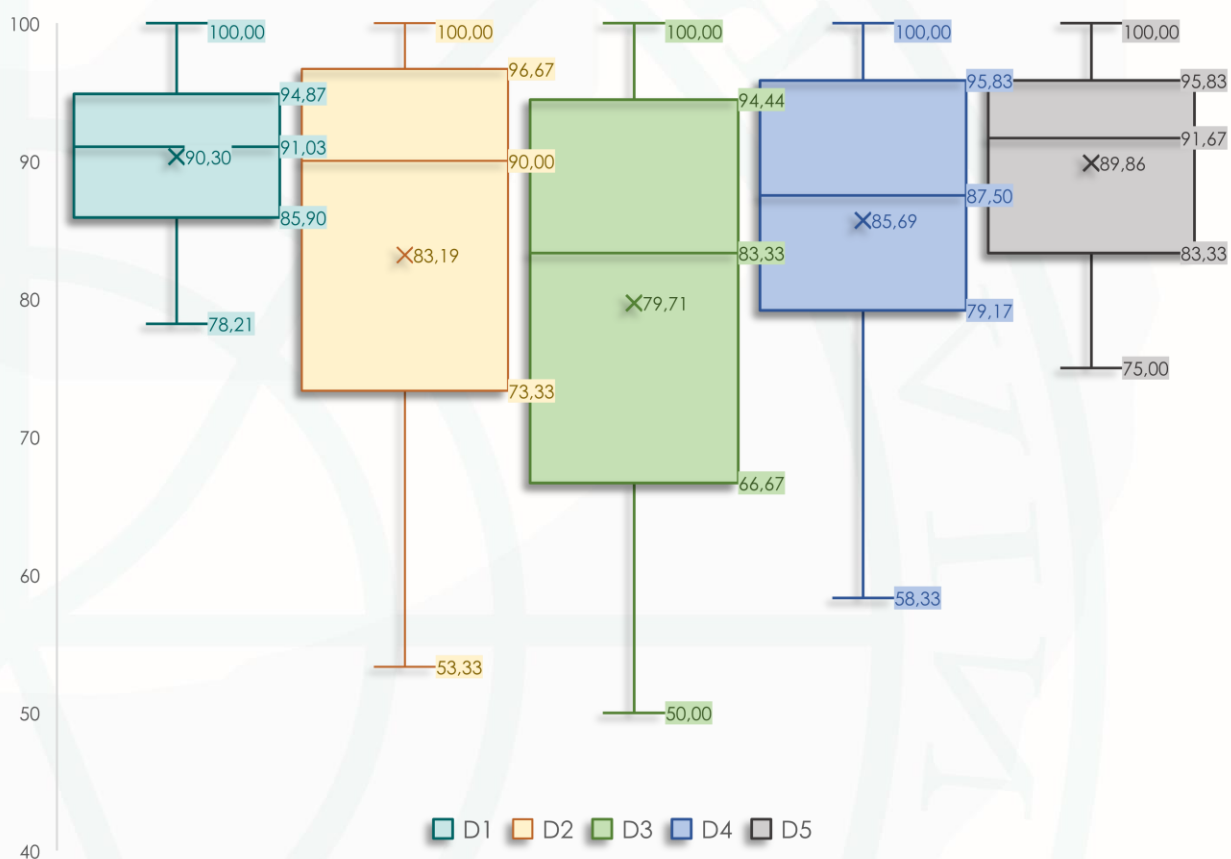


Figura 14 - Diagrama de cajas de la percepción de los profesores académicos sobre el cuidado transmitido a los estudiantes por dimensiones.

En cuanto a la normalidad de la distribución de los datos, se rechazó para la dimensión 2, dado que en el test de Shapiro-Wilk se obtuvo una significación inferior a 0'05. Sin embargo, no se obtuvo suficiente evidencia estadística para rechazar la normalidad en el caso de las dimensiones 1, 3, 4 y 5 (Tabla 27).

Grupo	Estadístico	D1	D2	D3	D4	D5
Profesores académicos total	Shapiro-Wilk	0'971	0'881	0'916	0'931	0'922
	p-valor	0'715	0'011*	0'056	0'113	0'073

*significación estadística D1=dimensión 1; D2= dimensión 2; D3= dimensión 3; D4= dimensión 4; D5= dimensión 5

Tabla 27 - Prueba de normalidad para las valoraciones de la autopercepción de los tutores clínicos.

4.2.3. Resultados analíticos de contraste de hipótesis

Se compararon las valoraciones obtenidas ente los distintos grupos para identificar diferencias estadísticamente significativas.

4.2.3.1. Comparación de la valoración de los tutores clínicos por curso

Dentro la valoración de los tutores clínicos por parte de los estudiantes, se compararon las puntuaciones de la S-NSPIC entre los diferentes cursos (segundo, tercero y cuarto) con la intención de identificar una posible evolución en la percepción de los estudiantes. Las valoraciones medias recogidas reflejaron que los alumnos comienzan las prácticas, en segundo curso, con una alta valoración que se reduce significativamente durante el siguiente año. En el último curso la valoración media del alumno fue superior a las del curso previo; sin embargo, dicha subida no es significativa.

Como se muestra en la tabla 28, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la valoración de las dimensiones obtenidas en cada curso.

KRUSKAL-WALLIS	Estadístico X ²	Grados de libertad	P-valor
D1 Confianza a través del cuidado	13'865	2	0'001*
D2 Clima de aprendizaje y apoyo	36'304	2	<0'001*
D3 Reconocimiento del sentido de la vida	39'250	2	<0'001*
D4 Control vs flexibilidad	11'566	2	0'003*
D5 Autonomía profesional	30'887	2	<0'001*

*significación estadística

Tabla 28 - Resultados de la prueba Kruskal-Wallis entre las dimensiones de la S-NSPIC y el curso.

En un análisis más concreto se compararon las valoraciones por pares, enfrentando la percepción de los alumnos de segundo con tercero, segundo con cuarto y tercero con cuarto. Los resultados obtenidos mostraron que existen diferencias significativas para todas las dimensiones entre las valoraciones de los alumnos de segundo y tercero y entre los alumnos de segundo y cuarto. Sin embargo, no se obtuvo suficiente evidencia estadística para afirmar que existen diferencias significativas para ninguna de las dimensiones entre las valoraciones de los alumnos tercero y cuarto, como se refleja en la tabla 29.

		Segundo vs. Tercero	Segundo vs. Cuarto	Tercero vs. Cuarto
D1 Confianza a través del cuidado	U de Mann-Whitney	1021'50	1057'00	2140'00
	p-valor	0'001*	0'001*	0'543
D2 Clima de aprendizaje y apoyo	U de Mann-Whitney	667'00	706'00	1991'50
	p-valor	<0'001*	<0'001*	0'206
D3 Reconocimiento del sentido de la vida	U de Mann-Whitney	595'00	712'50	1984'50
	p-valor	<0'001*	<0'001*	0'194
D4 Control vs flexibilidad	U de Mann-Whitney	1137'50	1043'50	2224'00
	p-valor	0'007	0'001*	0'811
D5 Autonomía profesional	U de Mann-Whitney	728'00	807'50	2005'00
	p-valor	<0'001*	<0'001*	0'227

*significación estadística

Tabla 29 - Comparación de las dimensiones de la S-NSPIC y los cursos de los estudiantes.

En resumen, la percepción del cuidado procedente de los tutores clínicos evolucionó de forma significativamente descendente, siendo muy alta en el segundo curso, descendiendo significativamente en tercero y ascendiendo en cuarto, aunque no de forma significativa.

4.2.3.2. Comparación de la valoración de los tutores clínicos con su autopercepción

Por otro lado, se compararon las valoraciones de los estudiantes sobre tutores clínicos y la percepción de estos sobre sí mismos para explorar la congruencia, y por curso. Los resultados del estadístico de contraste se resumen en la Tabla 30.

Según los resultados obtenidos, la distribución de las valoraciones de los estudiantes sobre el tutor clínico difirió de forma significativa de la valoración de los tutores de ellos mismos únicamente en la dimensión 1; siendo superior la valoración media de los tutores. Para el resto de las dimensiones, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas para afirmar que existen diferencias significativas en la distribución de las valoraciones. En relación con los estudiantes de segundo, la distribución de las valoraciones difiere entre los alumnos y los tutores en las dimensiones 2, 3 y 5; siendo superior la valoración media de los alumnos. En el caso de las dimensiones 1 y 4 no se obtuvo diferencias estadísticamente significativas para afirmar que existen diferencias significativas en la distribución de las valoraciones. La comparación de las distribuciones de las valoraciones de los alumnos de tercero y los tutores clínicos es significativamente diferente en todas las dimensiones; siendo superior la valoración media de los tutores. Al comparar la distribución de las valoraciones de los alumnos de cuarto con los tutores clínicos se obtuvo que difieren significativamente en las dimensiones 1, 2 y 4; siendo superior la valoración media de los tutores. En el caso de las dimensiones 3 y 5 no se obtuvo diferencias estadísticamente significativas para afirmar que existen diferencias significativas en la distribución de las valoraciones.

		D1	D2	D3	D4	D5
Percepción estudiantes vs autopercepción	U Mann-Whitney	8613'000	10211'500	11241'000	10351'500	11229'000
	p-valor	<0'001*	0'069	0'624	0'100	0'612
Percepción segundo vs autopercepción	U Mann-Whitney	3001'000	1784'000	1569'000	2564'000	1747'500
	p-valor	0'875	<0'001*	<0'001*	0'103	<0'001*
Percepción tercero vs autopercepción	U Mann-Whitney	2670'000	2802'000	3386'000	3514'500	3178'000
	p-valor	<0'001*	<0'001*	0'019*	0'046*	0'004*
Percepción cuarto vs autopercepción	U Mann-Whitney	2848'000	3097'500	4087'000	3305'000	3702'500
	p-valor	<0'001*	0'001*	0'538	0'007*	0'099

*significación estadística D1=dimensión 1, D2= dimensión 2, D3= dimensión 3, D4= dimensión 4, D5= dimensión 5

Tabla 30 - Comparación de las dimensiones de la S-NSPIC de la valoración de los tutores clínicos por parte de los estudiantes y su autopercepción.

4.2.3.3. Comparación de la valoración de los profesores académicos por curso

De forma análoga, en el ámbito académico se compararon la precepción del cuidado transmitido por los profesores académicos por curso. Los resultados muestran que las valoraciones de los estudiantes difieren significativamente por curso en todas las dimensiones como se muestra en la tabla 31.

KRUSKAL-WALLIS	Estadístico X ²	Grados de libertad	p-valor
D1 Confianza a través del cuidado	19'140	2	<0'001*
D2 Clima de aprendizaje y apoyo	32'205	2	<0'001*
D3 Reconocimiento del sentido de la vida	20'168	2	<0'001*
D4 Control vs flexibilidad	18'520	2	<0'001*
D5 Autonomía profesional	43'729	2	<0'001*

*significación estadística

Tabla 31 - Comparación de las dimensiones de la S-NSPIC en la percepción de los profesores académicos por parte de los estudiantes por curso.

Se compararon las valoraciones dos a dos para identificar diferencias significativas más concretas. Los resultados recogidos en la tabla 32 revelaron que todas las dimensiones presentaron distribución distinta entre los cursos de primero y tercero. Sin embargo, no se halló diferencias estadísticamente

significativas para afirmar que esas diferencias son significativas entre primero y cuarto. Al comparar las distribuciones de las dimensiones en tercero y cuarto, se encontró diferencias estadísticamente significativas para afirmar que las distribuciones fueron distintas en el caso de la dimensión 1, 2, 4 y 5; sin embargo, no se pudo afirmar lo mismo en el caso de la dimensión 3.

		Primero vs. Tercero	Primero vs. Cuarto	Tercero vs. Cuarto
D1	U de Mann-Whitney	38105'000	9703'000	6791'500
Confianza a través del cuidado	p-valor	<0'001*	0'568	0'004*
D2	U de Mann-Whitney	34703'000	9234'500	7052'500
Clima de aprendizaje y apoyo	p-valor	<0'001*	0'251	0'011*
D3	U de Mann-Whitney	37200'000	9033'000	7794'500
Reconocimiento del sentido de la vida	p-valor	<0'001*	0'161	0'135
D4	U de Mann-Whitney	37682'500	9741'500	7428'000
Control vs flexibilidad	p-valor	<0'001*	0'597	0'044*
D5	U de Mann-Whitney	34523'500	8691'000	5314'000
Autonomía profesional	p-valor	<0'001*	0'068	<0'001*

*significación estadística

Tabla 32 - Comparación de las dimensiones de la S-NSPIC en la percepción de los profesores académicos por parte de los estudiantes entre curso.

4.2.3.4. Comparación de la valoración de los profesores académicos con su autopercepción

Adicionalmente se compararon las valoraciones de los estudiantes sobre los comportamientos de cuidados de sus profesores académicos con la valoración de los profesores de sí mismos, en grupo y por curso, para identificar congruencias (Tabla 33). La opinión de los alumnos sobre los profesores académicos fue diferente de la opinión propia de estos últimos de forma significativa en todas las dimensiones; salvo en la dimensión 4, siendo mayor la opinión propia de los profesores académicos. Este resultado se repitió al comparar la opinión de los estudiantes de primero, tercero y cuarto con la autopercepción de los profesores académicos por separado (Tabla 33).

		D1	D2	D3	D4	D5
Percepción estudiantes vs autopercepción	U Mann-Whitney	4302'000	3889'000	4500'500	7033'000	4146'500
	p-valor	<0'001*	<0'001*	0'001*	0'434	<0'001*
Percepción primero vs autopercepción	U Mann-Whitney	2234'000	2229'500	2481'000	3742'500	2303'000
	p-valor	0'001*	0'001*	0'006*	0'950	0'002*
Percepción tercero vs autopercepción	U Mann-Whitney	1657'500	1337'500	1620'000	2607'000	1364'000
	p-valor	<0'001*	<0'001*	<0'001*	0'097	<0'001*
Percepción cuarto vs autopercepción	U Mann-Whitney	410'500	322'000	399'500	683'500	479'500
	p-valor	0'003*	<0'001*	0'002*	0'769	0'020*

*significación estadística D1=dimensión 1, D2= dimensión 2, D3= dimensión 3, D4= dimensión 4, D5= dimensión 5

Tabla 33 - Comparación de las dimensiones de la S-NSPIC de la valoración de los profesores académicos por parte de los estudiantes y su autopercepción.

Comparación de la valoración de los tutores clínicos con los profesores académicos.

Por último, se comparó el cuidado percibido por los estudiantes en el ámbito clínico y académico. Por un lado, se contrastaron las percepciones del alumnado sobre los comportamientos manifestados por los tutores clínicos y los profesores académicos. Como se observa en la tabla 34, se encontraron diferencias significativas en las dimensiones 1, 2, 3 y 5 con una percepción más alta de los comportamientos de los tutores clínicos. En el caso de la dimensión 4 no se encontró diferencias estadísticamente significativas para afirmar que existen diferencias significativas en la distribución de las valoraciones.

KRUSKAL-WALLIS	Estadístico X ²	Grados de libertad	P-valor
D1 Confianza a través del cuidado	40486'500	2	<0'001*
D2 Clima de aprendizaje y apoyo	36155'000	2	<0'001*
D3 Reconocimiento del sentido de la vida	53353'500	2	0'004*
D4 Control vs flexibilidad	61076'500	2	0'793
D5 Autonomía profesional	44930'500	2	<0'001*

*significación estadística

Tabla 34 - Comparación entre la percepción de los estudiantes de los tutores clínicos y los profesores académicos por dimensión.

4.2.3.5. Comparación de la autopercepción de los tutores clínicos con la autopercepción de los profesores académicos

Por otro lado, se compararon las autopercepciones de los tutores clínicos y los profesores académicos (Tabla 35). Las autovaloraciones correspondientes a la dimensión 3 fueron significativamente diferentes entre tutores clínicos y profesores académicos; siendo la puntuación media superior en los profesores académicos. Por otro lado, para las autovaloraciones correspondientes a las dimensiones 1, 2, 4 y 5 no se consiguió diferencias estadísticamente significativas para afirmar que existen diferencias significativas entre los dos grupos bajo estudio (Tabla 35).

KRUSKAL-WALLIS	Estadístico X ²	Grados de libertad	P-valor
D1 Confianza a través del cuidado	1096'000	2	0'057
D2 Clima de aprendizaje y apoyo	1420'000	2	0'832
D3 Reconocimiento del sentido de la vida	1002'000	2	0'016*
D4 Control vs flexibilidad	1453'000	2	0'969
D5 Autonomía profesional	1178'500	2	0'138

*significación estadística

Tabla 35 - Comparación entre la autopercepción de los tutores clínicos y los profesores académicos por dimensión.

5. DISCUSIÓN

Los resultados revelan una versión culturalmente adaptada de la NSPIC, válida y fiable para ser empleada en el contexto español, la S-NSPIC. Esta se empleó como instrumento de medida del modelo de cuidado percibido por los estudiantes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla por parte de sus profesores académicos y tutores clínicos.

Según los resultados, los estudiantes perciben un alto nivel de cuidado por parte de los tutores clínicos y especialmente consideran que les inspiran confianza cuando se sienten cuidados o les ven cuidar a los pacientes. Esta valoración coincide con la de los tutores clínicos sobre sus propios comportamientos. Igualmente, según los estudiantes, el nivel de cuidado que expresan los profesores académicos es alto destacando la flexibilidad y la igualdad en el trato. Sin embargo, según la opinión de los profesores académicos el área de cuidado que más enfatizan en sus comportamientos es el fomento de la autonomía profesional. Al comparar las valoraciones, se identificó que los estudiantes perciben recibir más cuidados en sus primeras prácticas de forma significativa. También se reveló una falta de sintonía entre docentes y estudiantes, ya que estos últimos perciben menos cuidado del que los primeros creen transmitir. Por último, los resultados revelaron que los profesores académicos consideran atender más la dimensión espiritual de los estudiantes que los tutores clínicos.

5.1. DISCUSIÓN DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1.1. Diseño de estudio

En el presente estudio se empleó un abordaje cuantitativo. Por la propia naturaleza del concepto de cuidado, se tiende a emplear un abordaje cualitativo para el estudio de este fenómeno. La metodología cualitativa permite acceder al universo subjetivo de la persona y explorar el significado que los individuos atribuyen a los acontecimientos, influenciados por la cultura y sus vivencias previas (260). Como reflejan las revisiones de Drahosova y la de Fingeld-Connett, el concepto de cuidado ha sido ampliamente estudiado

desde el punto de vista cualitativo (32, 34). Según Skea, no es posible medir el cuidado de una forma veraz a menos que se ponga el énfasis en la interpretación del significado que la persona le atribuye, ya que depende de la experiencia vivida por el individuo (182). Sin embargo, el cuidado se expresa a través de gestos y comportamientos que son manifestaciones guiadas por la experiencia individual del cuidado (181). Bajo esta consideración, se han diseñado numerosos instrumentos de medida cuantitativa de los comportamientos de cuidado que aportan una aproximación dimensionada y comparable del concepto (36). La recopilación de escalas de medida del cuidado realizada por Watson, reunió 22 instrumentos para cuantificar las expresiones de cuidados percibida tanto por los pacientes como por las enfermeras (183). En la literatura disponemos de múltiples ejemplos de valoraciones cuantitativas del cuidado que aportan una visión complementaria a los estudios cualitativos (261). Según Paley, la permanencia en la consideración del concepto de cuidado como un fenómeno abstracto y no medible, frena el desarrollo científico de la profesión (262). En otras disciplinas como la psicología o la sociología, se considera aceptable en la medida cuantitativa de fenómenos tan ambiguos como el cuidado (184). Actualmente, se tiende a considerar las metodologías, cualitativa y cuantitativa, como visiones complementarias de la realidad que conjuntamente ofrecen tanto hechos como significados (260). Ambas aproximaciones aportan contribuciones y sesgos, por eso autores como Menéndez, proponen una conciliación integradora de estas metodologías en lugar de la tendencia tradicional antagónica (263). Las medidas cuantitativas del cuidado permiten asociar el concepto a otras variables y reforzar el vínculo entre el cuidado enfermero y los resultados de salud de los pacientes (184).

El diseño descriptivo transversal que ha seguido el este trabajo responde al objetivo general establecido de obtener una descripción puntual del cuidado transmitido al alumnado en el CUECR, sin manipular ninguna variable. En la fase 1 del trabajo, se desarrolló la adaptación transcultural de la NSPIC al contexto español según lo establecido en la literatura (236, 237). La secuencia de pasos seguida, traducción directa, síntesis, traducción inversa, consolidación y pilotaje, resultó eficaz es la elaboración de una versión válida y fiable de la escala. Esta

metodología se ha seguido en adaptaciones transculturales previas de la NSPIC la cultura china (225), italiana (227) y turca (229), con resultados favorables. En la fase 2, la metodología descriptiva de asociación cruzada (232) permitió la estimación de la variable dependiente, el cuidado transmitido por los docentes del CUECR y la comparación entre cursos y entre percepción de docentes y alumnado. La metodología descriptiva ha sido elegida en trabajos anteriores que han empleado la NSPIC para medir el cuidado transferido en la relación docente-alumnado (123, 222–224, 226).

5.1.2. Población de estudio

La población de estudio estuvo compuesta por tres grupos diferenciados: estudiantes de enfermería, tutores clínicos y profesores académicos. Los estudiantes de enfermería son los usuarios para los que fue originalmente diseñada la escala (221). Sin embargo, no se ha publicado ninguna experiencia previa que haya empleado la NSPIC en un ejercicio de autoevaluación de los tutores ni profesores. En la literatura encontramos ejemplos de otras herramientas de medidas del cuidado enfermero que han sido usadas de una forma autorreflexiva o en una población similar a aquella para la que fue diseñada. Aunque en un principio se crearon para medir el cuidado percibido por los pacientes como población diana, la *Caring Behaviours Inventory*, la *Caring Behaviors Assessment Tool* o la *Caring Efficacy Scale* son escalas que han sido empleadas con poblaciones de estudiantes de enfermería, profesionales de enfermería y familiares de pacientes (124, 186, 187, 264–267).

En relación con el ámbito académico, la escala NSPIC no se ha empleado anteriormente en este entorno. Loke et al. valoraron los comportamientos de cuidado de los profesores académicos según la opinión de los estudiantes, aunque con otra escala, la *Caring Behaviours Inventory*. Los estudiantes evaluaron los comportamientos de cuidado que creían que sus profesores podrían desempeñar, no el cuidado que estos le transmiten en su relación (268).

5.1.3. Muestra

La muestra empleada para la validación psicométrica siguió las recomendaciones establecidas en cuanto al tamaño y características. Se recomienda que la escala sea validada en una muestra de la población diana usuaria del instrumento, en este caso estudiantes de enfermería españoles (236).

Adicionalmente, la muestra de la validación psicométrica fue configurada por participantes de características similares a la población de estudio de la fase 2, como se observa en la Tabla 36.

	Población estudiantes CUECR	Muestra estudiantes Fase 1	Muestra estudiantes Fase 2
Nº de casos	280	307	263
Edad	22'4 ± 5'1	22'4 ± 3'53	21'7 ± 0'4
Nota de acceso	10'5 ± 0'4	11'4 ± 0'99	10'54 ± 0'06
Sexo % (n)			
Mujer	80'0% (n=224)	87'9% (n=270)	79'8% (n=210)
Hombre	20'0% (n=56)	12'1% (n=37)	20'2% (n=53)
Nota de acceso	10'5 ± 0'4	11'4 ± 0'99	10'54 ± 0'06
Vía de acceso % (n)			
Selectividad	61'8% (n=173)	66'2% (n=204)	68'4% (N=180)
Ciclo Formativo	26'8% (n=75)	30'2% (n=93)	28'1% (n=74)
Mayores de 25 años	3'6% (n=10)	1'9% (n=6)	2'3% (n=6)
Mayores de 40 años	1'4% (n=4)	0'3% (n=1)	0'8% (n=2)
Mayores de 45 años	0'0% (n=0)	0'3% (n=1)	0'0% (n=0)
Otra titulación	0'7% (n=2)	1'0% (n=3)	0'4% (n=1)
Otros	5'7% (n=16)	0'0% (n=0)	
Estado civil % (n)			
Soltero		98'8% (n=300)	96'6% (n=254)
Casado		2'0% (n=6)	1'5% (n=4)
Situación laboral % (n)			
Jornada completa		1'9% (n=6)	3'8% (n=10)
Media jornada		3'2% (n=10)	4'6% (n=12)
Fines de semana		6'5% (n=20)	9'1% (n=24)
Trabajo ocasional		18'8% (n=58)	20'9% (n=55)
No trabaja		69'6% (n=215)	61'2% (n=161)
Centro educativo previo % (n)			
Público		74'5% (n=228)	70'7% (n=186)
Concertado religioso		16'7% (n=51)	14'8% (n=39)
Concertado laico		1'3% (n=3)	3'0% (n=8)
Privado		7'5% (n=23)	11'0% (n=29)
Enfermería primera opción % (n)			
Si		54'4% (n=168)	76'4% (n=201)

No	45'6% (141)	23'6% (n=62)
Centro de prácticas % (n)		
Hospital privado	69'6% (n=135)	70'8% (n=134)
Hospital público	9'3% (n=18)	5'8% (n=11)
Residencia geriátrica	3'6% (n=7)	3'7% (n=7)
Mutua laboral	8'2% (n=16)	9'7% (n=17)
Centro de Salud	9'3% (n=18)	10'0% (n=19)

Tabla 36 - Características sociodemográficas de la población de estudiantes, la muestra de la fase 1 y la fase 2.

Las muestras de los tutores clínicos y profesores académicos presentaron características similares a las del grupo de población, como se puede ver en la Tabla 37.

	Población tutores clínicos	Muestra tutores clínicos	Población profesores académicos	Muestra profesores académicos
Nº de casos		144		23
Edad	76'3% entre 40 y 60 años	40'0 ± 1'5	44'3 ± 10'5	43'5 ± 4'3
Sexo % (n)				
Mujeres	77'3%	68'7% (n=99)	43'3% (n=13)	43'5% (n=10)
Hombres	22'7%	28'5% (n=41)	56'7% (n=17)	56'5% (n=13)

Tabla 37 - Características sociodemográficas de la población y muestra de los tutores clínicos y profesores académicos.

En relación con la comparación de las puntuaciones de las dimensiones de la S-NSPIC con respecto a la valoración de los tutores clínicos según los estudiantes y la percepción de estos de sí mismos, sería deseable que la distribución de ambas muestras según el tipo de centro asistencial fuese similar. Sin embargo, como se observa en la Tabla 38, estas distribuciones difieren.

	Muestra de estudiantes en prácticas	Muestra de tutores clínicos
Nº de casos	189	144
Hospital privado	70'9% (n=134)	45'8% (n=66)
Hospital público	5'8% (n=11)	9'0% (n=13)
Residencia geriátrica	3'7% (n=7)	3'5% (n=5)
Mutua laboral	9'8% (n=17)	20'1% (n=29)
Centro de Salud	10'0% (n=19)	21'5% (n=31)

Tabla 38 - Distribución de las muestras de estudiantes y tutores clínicos por tipo de centro asistencial.

Aunque en el proceso de distribución de los cuestionarios a los centros asistenciales se accedió a todos los centros, los tutores clínicos no siempre estaban de servicio o disponibles durante la visita. Este hecho podría explicar la distribución desigual entre las dos muestras. En algunos casos, el número de tutores clínicos supera al de estudiantes, esto podría explicarse si más de un profesional han ejercido de tutor para un mismo alumno para cubrir las ausencias debidas a la turnicidad del trabajo.

A pesar de haber realizado un muestreo no probabilístico, y de que la selección de participantes en cada cuota fue por conveniencia, la tasa de respuesta obtenida fue alta, particularmente en el grupo de los estudiantes. Tanto la tasa de participación general, como la de cada grupo, resultó superior al 60% recomendado por la literatura (256).

Autores han reconocido la dificultad de obtener una muestra estrictamente representativa desde un punto de vista técnico (235). Así, la alta tasa de participación y las medidas implementadas para el control de sesgo de selección podrían conducir a considerar los resultados con una valoración bastante aproximada a la de la población. Por otro lado, el grupo de no respuesta se estima de características similares al grupo de participantes, con lo cual, no se esperan diferencias en la información.

En relación con los instrumentos de medida, tanto el NSPIC como el CPET en su versión española, son herramientas válidas y fiables que han demostrado un alfa de Cronbach 0'97 y 0'99 respectivamente (221, 241). La NSPIC ha sido favorablemente adaptada a otros contextos culturales (225, 227, 229) y se han publicado trabajos que la emplean en la recogida de datos aportando una valiosa información para el objetivo del estudio (123, 222–224, 226, 228).

En relación con el análisis estadístico, las variables sociodemográficas se midieron con los procedimientos descriptivos habituales (235). En la fase 1 de validación del cuestionario las pruebas estadísticas empleadas coinciden con las de la validación de la NSPIC a otras culturas (225, 227, 229). En la fase 2, las dimensiones de la escala se describieron calculando la media, desviación típica,

mínimo y máximo. En los diagramas de cajas que describen la percepción de los estudiantes sobre sus tutores clínicos y sobre los profesores académicos, se observaron la presencia de valores extremos, particularmente en la dimensión 1, *Infunde confianza a través del cuidado*. Esta dimensión recoge 4 de los 8 ítems que presentan una formulación en negativo, es decir, de forma opuesta al comportamiento que transmite cuidado. La confusión que puede generar una formulación inversa podría explicar la presencia de valores extremos en esta dimensión. Siguiendo las recomendaciones Martínez-González, estos valores fueron eliminados (235). Para el análisis bivalente se emplearon las pruebas no paramétricas recomendadas (232). Meyer et al. emplearon las mismas pruebas estadísticas en un estudio similar con la NSPIC (223).

5.2. DISCUSIÓN FASE 1. VALIDACIÓN TRANSCULTURAL

En relación con la validez facial, el ítem 6, *Me hace sentir que soy un fracaso*, no obtuvo una valoración de claridad suficiente. Esta falta de claridad podría atribuirse a la intensidad emocional negativa del concepto fracaso. La cordialidad y la amabilidad han sido descritas por los estudiantes como elementos que influyen en el aprendizaje durante las prácticas. Relaciones afectuosas, sentidas y amigables con sus tutores les ayudan a sacar el máximo partido a las prácticas clínicas (269). La conexión emocional entre el estudiante y el tutor en el entorno clínico es clave para mantener la continuidad de la relación. Este fenómeno se caracteriza por una atención integral al estudiante que sea sensible hacia sus preocupaciones y proporcione una ayuda afectiva ante sus problemas (270). Mostrar actitudes positivas y verdadera compasión, hace sentir cómodos a los estudiantes y les anima a entender mejor el cuidado (130). En la relación estudiante-tutor clínico el respeto mutuo y la tolerancia es un requisito para el compañerismo, considerando ambas opiniones al mismo nivel y respetando los conocimientos del otro, puesto que los dos aprenden a la vez (271). Por lo tanto, en la atmósfera emocionalmente afectiva, amable y respetuosa en la que se desarrollan las relaciones de aprendizaje entre el tutor y el estudiante, no se entiende el término “fracaso”, con sus connotaciones tan negativas, motivo por el que se decide cambiarla por “no apto para la enfermería”.

La redacción del ítem 25, *Solicita actuaciones que interfieren con mis necesidades personales*, no fue considerada aceptable en relación con la claridad. La relación estudiante-tutor clínico se basa a veces en diferencias de poder entre ambos, de modo que el tutor se considera el experto y el estudiante adopta un papel subordinado (272). Los tutores tienen un fuerte poder sobre los estudiantes, hasta el punto que los estudiantes han expresado sentirse a su merced (273). Por otro lado, los recortes en recursos sanitarios dejan al personal con menos tiempo para dedicarle a los estudiantes y les obliga a priorizar la ejecución de tareas

frente a la atención a su aprendizaje (272). Hay tutores que han reconocido la frustración que les genera pensar que el tiempo que emplean en el aprendizaje del estudiante podrían estar empleándolo en el cuidado de los pacientes o familiares (248). Es decir, la situación de poder que ocupa el tutor, unido a la falta de priorización del aprendizaje y la sobrecarga asistencial, puede llevar a situaciones en las que los estudiantes desempeñen tareas que no les aporte ningún aprendizaje. Estas situaciones hacen sentir a los estudiantes como empleados del hospital en lugar de aprendices y el trabajo es más importante que la formación (274). Por todo esto, en la redacción del ítem 25, se considera esencial aclarar con algunos ejemplos, qué tipo de actividades se les puede solicitar a los estudiantes, que interfieran en las necesidades personales de aprendizaje.

En cuanto a la validez de contenido, los ítems 12 *No muestra nada de su lado personal* y 16 *Es de utilidad para resolver problemas personales*, obtuvieron un IVC-I insuficiente, lo que representa un desacuerdo en la pertinencia del ítem por parte del panel de expertos. Ambos ítems hacen referencia a una aproximación a nivel personal entre el tutor y el estudiante. Esta discrepancia podría explicarse si se interpreta su relación como un proceso de aprendizaje y crecimiento que se desarrolla en el ámbito exclusivamente profesional de ambos. En la relación de poder tutor-estudiante, los tutores son conscientes de su situación de superioridad y esto supone una barrera que impide que la relación avance en el terreno personal (273). Además, las demostraciones de habilidades prácticas de tipo procedimental son valoradas por ambos lados, lo que infiere a la relación un carácter más profesional que personal (275). Algunos autores sugieren una formación previa a los estudiantes sobre cómo establecer relaciones profesionales con los tutores para mejorar la calidad de su experiencia de aprendizaje (276).

La estructura interna de la escala se confirma en 5 factores, aunque hay diferencias conceptuales en las dimensiones. La dimensión *Compartir*

de forma respetuosa no puede asumirse en la versión española ya que sus ítems resultan incluidos en la dimensión *Inspira confianza a través del cuidado*. El respeto mutuo es considerado un requisito previo en la relación tutor-estudiante (271). Un ambiente de respeto y confianza es el contexto idóneo para iniciar una relación en la que el estudiante se sienta seguro, protegido y motivado para aprender (270). El respeto es un elemento clave para construir la relación tutor-estudiante y forma parte de las expectativas de ambas partes (269). Por lo tanto, dado que el respeto es un componente esencial en esta relación, puede que en el presente estudio no haya sido considerado un factor del cuidado transmitido por los tutores, sino como una característica intrínseca ligada a la existencia misma de la relación.

Por otro lado, *Inspira confianza a través del cuidado* es la dimensión más valorada en los estudios anteriores que han empleado la NSPIC para medir el cuidado transferido a los estudiantes por parte de los tutores (123, 222–224, 226). Labrague et al. realizaron un estudio para identificar la asociación entre los comportamientos de cuidado de los instructores y los estudiantes y describir su impacto. Los resultados revelan una fuerte correlación entre las dimensiones *Inspira confianza a través del cuidado* y el cuidado de los estudiantes, además de una significativa influencia, al actuar como factor predictivo (226). Según Gibbs et al. los tutores fomentan la confianza de los estudiantes al crear un ambiente seguro, compartir su conocimiento y proporcionar feedback. Esta confianza en sí mismos hace que los estudiantes se sientan más competentes, participen de una forma más significativa y mejoren en las prácticas (130). Además, el estudio de Heydari et al. mostró que la confianza en sí mismos de los estudiantes aumenta su capacidad para desarrollar relaciones efectivas y cuidado enfermero en el entorno clínico (269). Álvarez et al. apuntan que la confianza en sí mismos de los estudiantes que les infunden sus tutores clínicos, genera responsabilidad, libertad, independencia y les ayuda a elaborar razonamientos clínicos, tomar decisiones y progresar hacia una práctica autónoma (277). Todo lo anteriormente expuesto pone de

manifiesto la gran relevancia de la dimensión *Inspira confianza a través del cuidado* en la relación tutor-estudiante. Este protagonismo podría explicar la inclusión de la dimensión *Compartir de forma respetuosa* que resulta en el presente estudio, así como de los ítems *Revela mi información personal a los demás de manera inapropiada*, *Reconoce sus propias limitaciones o errores*, *Está a mi disposición cuando lo necesito*, *Alienta la resolución autónoma de problemas* y *Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones inesperados*.

Los resultados del presente estudio revelan una estructura interna que incluye un nuevo factor formado por los ítems *Me infunde un sentimiento de esperanza hacia mi futuro laboral*, *Me hace sentir que puedo tener éxito en mi carrera profesional*, *Me ayuda a visualizarme como una enfermera profesional* y *Comunica de forma clara sus expectativas respecto a los resultados de aprendizaje*. Esta nueva dimensión que se denominó *Autonomía profesional*, ya que hace referencia a la visualización del estudiante como enfermero y concienciación de su potencialidad profesional, en su rol de toma de decisiones independiente en defensa del cuidado del paciente (278). Estos ítems animan al estudiante a hacer un ejercicio de introspección y visualización que les permita mantener la fe en ellos mismos como futuros profesionales. Es un proceso de autoconocimiento en el plano profesional y reconocimiento de los sentimientos positivos ante los logros y negativos ante las dificultades, que el tutor ayuda a exteriorizar y aceptar. Por lo tanto, la nueva dimensión está relacionada con tres de los Factores de Cuidado de Jean Watson: *Fomentar la fe y la esperanza*, *Sensibilidad hacia uno mismo y los demás* y *Expresión de sentimientos positivos y negativos* (26). Las experiencias positivas durante las prácticas clínicas son un elemento esencial en la aculturación de la profesión enfermera (86). La dimensión *Autonomía profesional* está respaldada por estudios que señalan que los tutores clínicos ejercen una fuerte influencia en la socialización profesional de los estudiantes de enfermería. Los estilos de enseñanza y aprendizaje y

la interacción con los tutores modula la forma en que los estudiantes se sumergen socialmente en la profesión (30, 86, 88).

Además de modificaciones en las dimensiones de la escala, nuestros resultados también sugieren modificaciones en algunos ítems. El ítem 8, *Se preocupa por mí como persona*, de la dimensión *Inspira confianza a través del cuidado* pasa a formar parte de la dimensión *Clima de aprendizaje y apoyo*. Este resultado coincide con el estudio de adaptación transcultural de la NSPIC al italiano (227). En este los autores atribuyeron este cambio a una falta de diferenciación entre las dos dimensiones por parte de los estudiantes. El apoyo es un elemento básico del cuidado. La revisión conducida por Drahosova et al. sobre estudios cualitativos centrados en el cuidado enfermero, concluye que cuidar es un proceso interpersonal específico cuyo resultado es protección, apoyo emocional y atención de las necesidades del otro (32). Es comprensible, por tanto, que la percepción de los estudiantes de sentirse cuidado como personas (ítem 8) se asocie con la dimensión que hace referencia a un clima de apoyo.

Los ítems 23, *No confía en mi criterio en el ambiente clínico*, y 24, *Parece centrarse más en sus prioridades que en responder a mis necesidades*, quedan incluidas en la dimensión *Control vs flexibilidad* en la S-NSPIC. Este resultado coincide con el estudio de adaptación transcultural de la NSPIC al chino (225). La relación de aprendizaje tutor-estudiante precisa un contexto de confianza mutua (270). Esta se manifiesta en lo que Rivera Álvarez denomina el *círculo virtuoso de la confianza*: la enfermera demuestra confianza en el estudiante, este imita su conducta y se la devuelve de forma recíproca, a la vez que construye la confianza en sí mismo que le conduce a una práctica autónoma (277). Es decir, la falta de confianza en el estudiante puede interferir en el desarrollo de su autonomía y hace necesario un mayor control por parte del tutor. Este enfoque podría explicar la ubicación del ítem 23 en la S-NSPIC.

Los ítems 12, *No muestra nada de su lado personal*, y 31 *Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los estudiantes*, no resultaron asociados significativamente a ninguna de las dimensiones de la escala al presentar una carga factorial inferior a 0'3. Además, el ítem 12 obtuvo un IVC-I insuficiente, como se mencionó anteriormente, lo que demuestra insuficiente acuerdo entre los jueces del panel en relación con su pertinencia; y el ítem 31 obtuvo un coeficiente de correlación ítem-total inferior al aceptable, lo que significa que no guarda relación con el resto de los ítems de la escala. En la organización interna de las prácticas clínicas en la que se desarrolla el presente estudio, es frecuente que el tutor clínico no establezca las calificaciones finales de los estudiantes, por lo que las calificaciones no servirían de herramienta de control. Tras valorar los resultados, y considerando que estos no fueron favorables en más de un parámetro para los ítems 12 y 31, el equipo investigador decidió por consenso omitir ambos ítems en la versión final de la S-NSPIC.

5.3. DISCUSIÓN FASE 2. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Una vez obtenida una herramienta válida y fiable para medir los comportamientos de cuidado de los docentes en el contexto español, la S-NSPIC, esta fue empleada en la población de estudio para conseguir el principal propósito de este estudio, valorar el modelo de cuidado que el CUECR transmite a los estudiantes.

5.3.1. Discusión de los resultados descriptivos

Los resultados descriptivos de la valoración de los comportamientos de cuidado de los tutores clínicos revelaron que, según la percepción de los estudiantes y la autopercepción de los tutores clínicos, la dimensión menos valorada fue *Reconocimiento del sentido de la vida* y la más valorada *Inspira confianza a través del cuidado*.

En cuanto a los comportamientos de cuidado valorados con la S-NSPIC de los profesores académicos, la percepción de los estudiantes señaló la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida* como a menos valorada, y *Control vs flexibilidad* como la más valorada. Sin embargo, los resultados de la autoevaluación de los profesores académicos revelaron que la dimensión menos valorada fue *Control vs flexibilidad* y la más valorada *Autonomía profesional*.

En relación con la opinión que tienen los estudiantes sobre el cuidado que expresan los tutores clínicos, los resultados revelaron que, según la percepción de los estudiantes y la autopercepción de los tutores clínicos, la dimensión menos valorada fue *Reconocimiento del sentido de la vida* y la más valorada *Inspira confianza a través del cuidado*.

Esta última, hace referencia a la confianza que el tutor clínico infunde en los estudiantes cuando muestra interés en el cuidado de los pacientes, demuestra competencia y establece una relación de cuidado con los estudiantes. Esta dimensión también fue la más valorada en estudios previos realizados con la NSPIC (123, 222–224, 226).

Infundir confianza es una de las principales características de los tutores clínicos (122). La presencia de los tutores promueve la confianza de los estudiantes y hace que su participación sea más significativa y competente (130). Tras su primera experiencia de prácticas clínicas, los estudiantes de enfermería han declarado que la calma y una actitud relajada por parte de los tutores, les inspiró confianza y ayudó a disipar sus preocupaciones (279). Promover la confianza de los estudiantes puede considerarse una metodología docente en sí misma, ya que favorece el aprendizaje en el entorno clínico, y es altamente valorada por los estudiantes (280). Sin embargo, a pesar de estas manifestaciones de la confianza como elemento principal de la relación tutor-estudiante (269), en un estudio cuantitativo conducido por Jnah et al. no se halló una relación estadísticamente significativa entre la labor de mentorización de los tutores y la confianza de los estudiantes (281).

La literatura señala que el contexto idóneo para el aprendizaje es una relación segura y de confianza con el tutor (270). En el estudio realizado por Nyhagen et al. sobre la calidad de los tutores clínicos, los estudiantes manifestaron que la confianza les permitió trabajar a su modo y en su propio espacio. Los tutores confiados permitieron que los alumnos cometieran pequeños errores, les ayudaron a darse cuenta y reflexionar sobre ellos, y a corregirlos por sí mismos (273). Cuando los estudiantes se sienten seguros en el entorno clínico, toman conciencia de su condición de aprendices y se atreven a hacer preguntas y reflexionar sobre las prácticas. La confianza les hace sentir que tienen el derecho y la oportunidad de aprender a su propio ritmo (282). Para que el aprendizaje sea efectivo, los tutores deben proporcionar el apoyo suficiente a los estudiantes para generar una atmósfera de seguridad y calma en la que sientan que pueden confiar en ellos (269). Por todo lo expuesto, la confianza es clave para la relación entre los tutores clínicos y los estudiantes y es esperable que sea la dimensión de la S-NSPIC más apreciada por ambos grupos.

Los ítems que conforman la dimensión de la S-NSPIC *Inspira confianza a través del cuidado* hacen referencia a la confianza que infunden los tutores al

mostrar competencia de cuidado hacia los pacientes y hacia los propios estudiantes.

Es conocido que los estudiantes de enfermería valoran muy positivamente a los tutores clínicos que manifiestan competencia profesional y genuino cuidado hacia los pacientes (122). Las prácticas clínicas dan la oportunidad a los estudiantes de desempeñar habilidades profesionales y obtener críticas constructivas al respecto. Por lo tanto, es deseable que la persona cuyo rol es corregir y guiar al estudiante, demuestren conocimientos y experiencia (91). La demostración de habilidades de cuidado afecta a la valoración que los estudiantes hacen de los tutores clínicos y a la relación que se establece entre los dos. Ambos esperan trasladar el conocimiento teórico aprendido en las aulas al entorno clínico. Por un lado, el estudiante espera correcciones del desarrollo de sus habilidades en el entorno clínico, y por el otro, el tutor tiende a mostrar más interés por los estudiantes habilidosos (275). Según Mubeezi et al. para los estudiantes la preparación profesional es una cualidad esencial del buen tutor y proporcionar conocimiento es una prioridad dado que los consideran modelos de rol (272).

La relación de cuidado entre el tutor y el estudiante se considera el punto de partida para el aprendizaje, es esencial que los tutores expresen auténtico cuidado por los estudiantes (271). El estudio realizado por Sandvik et al. reveló que el aprendizaje en el entorno clínico se basa en una relación de cuidado. Los estudiantes valoran compartir encuentros significativos con los tutores y sentirse como individuos únicos (70). Cuando se emplea el cuidado como herramienta de aprendizaje, éste debe interpretarse como una forma de ser más que como una práctica. Es decir, es preciso vivirlo, experimentarlo y sentirlo en primera persona (129). Yaghoubinia et al. identificaron que la conexión emocional es un componente importante para una relación duradera entre el tutor y el estudiante. La conexión emocional requiere sensibilidad y atención hacia el estudiante para identificar y comprender sus necesidades y preocupaciones, y proporcionarle ayuda emocional para resolver sus problemas (270). El estudio de Álvarez et al. describió la relación entre el tutor y el estudiante como una ayuda

pedagógica que proporciona seguridad, confianza y libertad para que el estudiante avance hacia su autonomía. Es un proceso colaborativo en el que ambos aprenden, que se centra en la experiencia particular del estudiante, y los significados contruidos a partir del fenómeno sentido del cuidado. Es decir, la enfermera cuida del estudiante y le enseña a cuidar cuidándole (71). Esta interpretación va en la línea de la Teoría del Cuidado Transpersonal de Watson, según la cual, cuidar ocurre en los momentos de cuidado, que son encuentros fenomenológicos entre las realidades subjetivas de dos personas, donde se funden e interactúan y así constituyen nuevos significados que incorporan a la particular visión del mundo de cada uno (1). Es decir, la relación tutor-estudiante genera momentos de cuidado intensos y significativos para ambos, que lo hace relevante en la percepción de ambos, como se refleja en los resultados del presente estudio.

La dimensión menos valorada fue *Reconocimiento del sentido de la vida* por ambas partes, tutores y estudiantes. Esta dimensión hace referencia a la esfera espiritual, reconocer el punto de vista del otro y las experiencias del estudiante. Los resultados son congruentes con los hallazgos de Meyer et al. (223) en relación con los estudiantes junior y los de Fifer (228).

El análisis conceptual realizado por Weathers et al. define la espiritualidad como un sentimiento de conexión con uno mismo, con los demás y con un poder o naturaleza superior; un sentido de la vida y trascendencia más allá de uno mismo, de la vida diaria y del sufrimiento (283). El cuidado espiritual forma parte de la atención holística que se espera de la enfermería, ya que contribuye al bienestar y calidad de la vida de los pacientes (284). Los profesionales de enfermería han demostrado su firme intención y compromiso de realizar cuidados espirituales, aunque reconocen que no se sienten preparados para ello por falta de formación (285). La competencia en espiritualidad, esto es, los conocimientos y habilidades necesarios para responder a las necesidades espirituales de los pacientes, han sido integrados en los planes de estudios de enfermería. Se han puesto en marcha estrategias muy variadas, tanto en el ámbito clínico como en el académico, para la formación en competencia

espiritual, dando como resultado una mejor comprensión del concepto por parte de los estudiantes. Tras la formación, los estudiantes se declaran más conscientes de su propia espiritualidad, más atentos a las necesidades de los pacientes en este área y sienten potenciado su rol enfermero (286). Disponemos de evidencia de que la formación en competencia espiritual promueve la expansión de la práctica enfermera, una mejor comprensión del concepto y concienciación de la dimensión espiritual, un enfoque más centrado en el paciente, mejora en las habilidades de comunicación y tiene un fuerte impacto personal (287). La sensibilidad espiritual y el cultivo de la propia espiritualidad han sido identificado como los dos principales factores que afectan a la competencia de los estudiantes en esta área (288). Según Giske, las prácticas clínicas son el escenario idóneo para adquirir la competencia espiritual porque da a los estudiantes la oportunidad de conectar con los pacientes en situaciones de vulnerabilidad muy variadas y entender sus experiencias vitales. El modelo de rol de los tutores y la experiencia propia del estudiante, acompañado de una discusión y reflexión sobre la práctica, favorece la adquisición de habilidades como la escucha activa, la presencia, el contacto o la oración (289). Sin embargo, los resultados del presente estudio revelaron que la dimensión de la S-NSPIC relacionada con la espiritualidad fue la menos valorada, tanto por los tutores clínicos como por los estudiantes.

Una posible explicación para estos resultados podría ser la mencionada falta de formación de los tutores clínicos en aspectos espirituales. La necesidad de educación en espiritualidad ha sido reconocida por ambas partes, estudiantes y docentes. Aunque la espiritualidad está incluida en los planes de estudio de enfermería, en la práctica no está tan desarrollada (286). La revisión realizada por Mackintosh-Franklin que incluyó 33 programas de estudios de enfermería de Reino Unido, puso en evidencia la escasa presencia de los valores esenciales de la enfermería tales como el cuidado o la humanización. No solo señaló que los planes de estudios no están diseñados ni articulados en torno a estos contenidos, sino que además, esto aparecen en ellos de forma minoritaria (149). La inclusión de la espiritualidad en los programas de estudio debería ser explícita y continua para que los docentes sean más conscientes de esta

necesidad formativa y faciliten el crecimiento espiritual propio de los estudiantes, profundizando en sus sentimientos y ampliando sus creencias (286).

Los tutores clínicos han reconocido que, aunque se sienten capacitados desde el punto de vista de su destreza clínica, no se sienten preparados para su rol docente y reclaman formación para ayudar a los estudiantes a conseguir sus objetivos de aprendizaje clínico (272, 290). Además de la formación, otro agravante podría ser una realidad espiritual poco profunda de los tutores, ya que la conciencia de la propia espiritualidad es un requisito para considerar la de los demás, y en este caso, ayudarles en su desarrollo (284).

Otras posibles causas de la valoración inferior de la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida* en el ambiente clínico de nuestro estudio podrían atribuirse a la organización institucional, como la falta de tiempo o la sobrecarga asistencial. En el estudio cualitativo de Rylance et al. los tutores clínicos manifestaron su frustración relacionada con el tiempo cuando realizaban su labor de mentorización. Se quejaron de la cantidad de tiempo consumido en cumplimentar documentación y de la falta de oportunidades de reflexión y discusión con los estudiantes. Esto les conduce a una sensación de pérdida de tiempo y consideran que atender a los estudiantes les resta tiempo de estar con los pacientes (248). En ocasiones, la labor del tutor clínico se considera una sobrecarga adicional no reconocida y se demanda más apoyo a los tutores por parte de las instituciones (290). Disponer de tiempo para dedicarle a los estudiantes y así construir una relación cercana de confianza, se considera uno de los principales facilitadores del aprendizaje (291).

Por su parte, los estudiantes han manifestado no tener tiempo para hablar y estar presentes con los pacientes, a pesar de reconocer la importancia de esta intervención, por estar ocupados en la ejecución de otras tareas (292). La sobrecarga asistencial ya ha sido identificada anteriormente como una barrera para la expresión del cuidado y la espiritualidad. Esta sobrecarga sobreviene como consecuencia de los recortes de personal, la baja ratio enfermera paciente, la organización centrada en tarea y la fragmentación del cuidado.

Estas condiciones restan oportunidades a los profesionales y a los estudiantes de compartir la experiencia de cuidar y conectar con el paciente (188, 267).

La empatía es un elemento principal en la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida* para poder identificar el punto de vista de la persona cuidada. La empatía es una habilidad que puede ser aprendida con formación y con práctica. Por ejemplo, la experiencia de Bas-Sarmiento basada en el aprendizaje experiencial obtuvo como resultado un aumento estadísticamente significativo de las habilidades empáticas en los alumnos tras la intervención (293). El estudio realizado por Brown et al. reveló que los estudiantes de enfermería cambiaron su actitud hacia la tercera edad tras realizar unas prácticas en un servicio de geriatría. La experiencia fomentó el desarrollo de sentimientos positivos hacia las personas mayores, entre otros, el cuidado y la empatía (294).

Los tutores clínicos han sido descritos como poderosos modelos de rol para sus estudiantes. Como tales, tienen la capacidad de influir positivamente en ellos dado que imitan sus actitudes y comportamientos (130). Por lo tanto, la empatía es una cualidad deseable en los tutores clínicos para ser emulada por los estudiantes. Los tutores clínicos deben ser conscientes de la influencia que ejercen y actuar en consecuencia (112). Se espera de los profesionales de enfermería que fomenten un entorno de empatía, confianza, paciencia y respeto hacia los estudiantes (222). Deben ser conscientes de los sentimientos de los estudiantes, para facilitar así la comunicación entre ambos y comprender sus necesidades y expectativas (72).

A pesar de lo expuesto, la dimensión de la S-NSPIC relacionada con la empatía fue la menos valorada en el presente estudio. Estos resultados son congruentes con los hallazgos de Teskereci y Boz. En su estudio, los estudiantes manifestaron que para hacerle frente a los sentimientos negativos generados en las prácticas, preferían esconderlos o evadirse como estrategia de afrontamiento, antes de comunicarlos y compartirlos con el tutor (279). En este sentido, podrían ser útiles estrategias efectivas para la adquisición de habilidades de comunicación que impacten de forma significativa a los estudiantes, como la propuesta por Bussard et al. basada en la simulación y modelo de rol (128). Por

su parte, los tutores podrían mostrarse más disponibles y accesibles, ya que estas cualidades han sido identificadas como los principales facilitadores del aprendizaje en el entorno clínico (295).

En cuanto a los comportamientos de cuidado valorados con la S-NSPIC de los profesores académicos, la percepción de los estudiantes coincide con los resultados del entorno clínico en cuanto a la dimensión menos valorada *Reconocimiento del sentido de la vida*. Los estudiantes señalaron la dimensión *Control vs flexibilidad* como la más presente en los comportamientos de los profesores académicos. Esta se manifiesta siendo flexible ante los contratiempos sin usar la situación de poder para controlar a los estudiantes, ni imponer las propias ideas.

La función de la Universidad es el desarrollo de los individuos en particular y de la sociedad, a través de la innovación tecnológica, la producción divulgación del conocimiento y la cultura, además de preparar a los individuos para su desempeño laboral y su aportación a la sociedad (296). El elemento más significativo a la hora de determinar la eficacia de la experiencia académica de los estudiantes, es la calidad de las relaciones interpersonales establecidas con los docentes (83). Las relaciones constructivas entre profesores y estudiantes conducen a resultados de aprendizaje exitosos y ayudan a los estudiantes hacer frente a los retos y exigencias académicas (297). Un entorno de aprendizaje constructivo se basa en relaciones cercanas, empáticas y flexibles entre docentes y estudiantes (222). Según Mikkonen et al. las relaciones que muestran cuidado y empatía por parte de los profesores fomentan el aprendizaje constructivo y tienen un efecto positivo en el desarrollo personal (298). De esta naturaleza es la relación con los profesores académicos que percibieron los participantes en el presente estudio, al percibir con mayor intensidad la dimensión *Control vs flexibilidad*.

La literatura ha descrito relaciones de poder vertical entre los profesores y los estudiantes de enfermería, que restan autonomía y anulan la voluntad de los estudiantes (299). El estudio realizado por Kantek et al. sobre las relaciones de poder en la docencia enfermera, reveló que el poder que ejercen los docentes

con más frecuencia era de tipo coercitivo, es decir, basado en el castigo ante comportamientos negativos. Sin embargo, los estudiantes preferían un poder de tipo experto por parte de sus profesores, que se basa en el reconocimiento del profesor como un profesional competente (300). En esta línea se sitúan los resultados del presente trabajo, que coinciden con las de Chang et al. Estos autores revelaron que los estudiantes perciben a sus profesores desde una posición igualitaria y establecen con ellos una relación interactiva y enriquecedora, que guía, apoya y protege a los estudiantes (301). Los resultados de Bryan et al. apuntan hacia una relación caracterizada por la autenticidad, según manifiestan los participantes. Esto significa que los profesores mostraban su verdadero yo a los estudiantes, sin pretensiones de saberlo todo o ser perfectos. Esto facilita la comunicación y conduce a una relación cálida y comprensiva para satisfacer mejor las necesidades y expectativas de ambos (83). Los estudiantes también reconocen que ellos también tienen medios para ejercer su poder sobre los profesores no participando en la clase o ignorando sus enseñanzas (297). En el estudio de da Silva et al. los estudiantes manifestaron que la relación profesor estudiante se debe basar en el diálogo y acciones compartidas, de forma que los dos sean responsables de la misma y de la construcción del aprendizaje de ambos (296).

Sin embargo, los resultados de la autoevaluación de los profesores académicos revelaron que la dimensión menos valorada fue *Control vs flexibilidad* y la más valorada *Autonomía profesional*. Esta última hace referencia a la visualización del estudiante como enfermero, concienciación de su potencialidad profesional y su rol de toma de decisiones independientes en defensa del cuidado del paciente. Esta dimensión surgió como una novedad en la adaptación transcultural de la NSPIC al contexto español, por lo tanto, no hay evidencia previa con la que contrastar estos resultados.

El nuevo panorama docente universitario pone el énfasis en el estudiante, otorgándole un papel protagonista de su propio aprendizaje. El rol del docente pasa a ser un dinamizador del proceso de aprendizaje, que motiva y orienta al estudiante en su camino hacia la adquisición de competencias (302). Como se

ha mencionado anteriormente, la docencia enfermera debe dirigirse al concepto nuclear de la disciplina, el cuidado. El aprendizaje centrado en el cuidado tiene un enfoque humanístico, es decir, el interés del profesor se centra en el estudiante, en sus necesidades y cómo abordarlas (129). Peña et al. argumentan que el proceso de aprendizaje es la expresión de una relación de ayuda entre el profesor y el estudiante. La labor del docente es ayudar al estudiante a conseguir sus resultados de aprendizaje, creando un clima de confianza y afecto en el que el estudiante progresa hacia su autonomía, ampliando la visión de sí mismo de los demás y del contexto (96). Los profesores han pasado de un papel de transmisores de conocimientos a un papel de mediadores en el proceso de aprendizaje. Tienen la responsabilidad de motivar y facilitar el cambio del estudiante de un aprendizaje pasivo a un proceso activo de construcción de conocimiento (296).

Quizás, este cambio a un papel en segundo plano, el echarse a un lado para que el alumno avance en su propio camino hacia la profesionalización, explique la alta percepción de los tutores académicos sobre sus comportamientos relacionados con la dimensión *Autonomía profesional*.

La autonomía profesional ha sido definida como la capacidad de tomar decisiones de forma independiente, basada en una visión holística del ser humano y en el conocimiento profesional proporcionado por la evidencia, y de actuar de acuerdo a estas decisiones siendo responsable de las mismas (303). La educación contribuye al desarrollo de la autonomía profesional de los estudiantes al facilitarles la adquisición de habilidades tales como la toma de decisiones, la resolución de problemas o la práctica reflexiva (304).

Los profesores académicos de ese estudio percibieron fomentar la autonomía profesional entre los estudiantes más que otras dimensiones, y esta percepción es coherente con el deseo de los propios alumnos. Los resultados de Thompson et al. revelaron que los estudiantes valoran muy positivamente la independencia y sentirse como profesionales de enfermería, aunque reconoce que aún necesitan apoyo y confirmación en algunos aspectos (305). En el estudio de Santos et al. los estudiantes asociaron la autonomía profesional a la

responsabilidad. Al inicio de los estudios dieron un enfoque más práctico a la autonomía profesional, saber qué hacer, mientras que al final de los estudios dieron más importancia a los conocimientos sobre el que fundamentar las decisiones (303). Marañón et al. encontraron en su estudio que los estudiantes de enfermería apreciaron más autonomía y responsabilidades enfermeras de las que se esperaban. Declararon que tener autonomía les hacía sentir como profesionales y les permitía emplear el conocimiento profesional de forma independiente (304).

Los estudiantes de enfermería han descrito su proceso de aprendizaje como una transformación gradual de *dependientes* a *independientes*, gracias a la adquisición de conocimientos, habilidades, confianza en uno mismo y seguridad (70). También han manifestado su necesidad de sentir su propia autonomía, tomar sus decisiones basadas en su criterio y en sus propios argumentos. Desean hacerle frente a las situaciones clínicas por sí solos, reflexionar sobre los beneficios y los riesgos y ejecutar una acción, responsabilizándose de ella (277). En este sentido, McSharry et al. proponen el aprendizaje con andamio, que supone exponer al estudiante a situaciones acordes con las competencias adquiridas que demuestren, de esta forma, la guía y el apoyo del profesor va gradualmente descendiendo, dependiendo de su progreso, y el estudiante se expone a su rol profesional gradualmente (306).

5.3.2. Discusión de los resultados analíticos de contraste de hipótesis

Una vez obtenida la valoración del cuidado expresado en la relación docente-estudiante desde el punto de vista de todos los participantes, estas valoraciones se compararon en busca de diferencias significativas.

5.3.2.1. Discusión de la comparación de la valoración de los tutores clínicos por curso

La primera comparación se realizó entre la percepción del cuidado recibido por los tutores clínicos según el curso de los estudiantes. Se encontraron diferencias significativas entre la percepción de los alumnos de segundo y

cuarto, es decir, los estudiantes en sus primeras prácticas perciben significativamente más cuidado por parte de sus tutores clínicos.

Este resultado es similar al obtenido por Meyer et al. en el que los estudiantes junior percibieron ligeramente más cuidado por parte de sus tutores clínicos que los senior, al ser medidos con la NSPIC (223). La percepción de los estudiantes sobre sus tutores clínicos varía a lo largo de su formación, como se recoge en la literatura. Algunas investigaciones han obtenido resultados en la línea del presente trabajo. Bryan et al. realizaron un estudio sobre las relaciones interpersonales entre los tutores clínicos y los estudiantes, y hallaron un descenso significativo de la apreciación de estas relaciones por parte de los estudiantes al aumentar el curso académico (83). En un estudio sobre la evaluación de los estudiantes de los entornos de aprendizaje clínico a través de la CPET, se observó que los estudiantes de cursos superiores valoraron peor su experiencia en las prácticas clínicas de forma significativa en todas sus dimensiones (307).

Por el contrario, otros autores han obtenido resultados contrarios a los nuestros. En un estudio realizado por Lovric et al. los autores emplearon la NCTEI para medir las expectativas de los estudiantes sobre las competencias de sus tutores clínicos, previo a las prácticas. Los resultados mostraron que los alumnos aumentaron sus expectativas a lo largo de su formación con respecto a las competencias docentes clínicas, de evaluación, interpersonales (con el estudiante, con los pacientes y resto del equipo) y sus características personales (308). Ludin et al. emplearon la misma escala para medir los comportamientos de los tutores clínicos que, a juicio de los estudiantes, más influencia en su aprendizaje. Los resultados señalaron que los estudiantes de último curso valoraron significativamente más altos los comportamientos de los tutores clínicos (309).

Una posible explicación para la valoración significativamente más baja en el último curso de la percepción encontrada en este trabajo podría estar relacionado con la ansiedad de los estudiantes frente a las prácticas clínicas. Es conocido que los estudiantes de enfermería experimentan ansiedad ante su primera estancia de aprendizaje clínico, al ser consideradas como un reto

amenazador (310). Esta ansiedad está desencadenada por motivos relacionados con la autopecepción del estudiantes de su propia competencia y preparación, con una falta de confianza en sí mismo, preocupación de no cumplir las expectativas, cometer errores que pongan en peligro la seguridad del paciente o la falta de habilidades de comunicación, entre otros (311). Además, otras causas que desencadenan la ansiedad de los estudiantes en las primeras prácticas tienen que ver con las relaciones con los tutores y con el equipo, como no sentirse bien acogido, ser considerado un estorbo o encontrarse con un ambiente poco receptivo (312).

Alshahrani et al. exploraron las estrategias de afrontamiento empleadas por los estudiantes de enfermería para hacerle frente a la ansiedad generada por las primeras prácticas clínicas. Los participantes manifestaron que las estrategias más efectivas fueron hablar de ello con otras personas (tutores, compañeros, amigos o familia), mantener una actitud positiva y hacer preguntas a sus tutores (311). El estudio cualitativo de Hinton sobre las experiencias de las primeras prácticas de enfermería reveló que la desinformación sobre los roles y expectativas de cada uno (tutor y estudiante) generaba una confusión que agravaba la ansiedad los estudiantes. Los estudiantes valoraron mucho recibir información de tipo práctico que les permitiese integrarse en la rutina del equipo (313). Tras sus primeras prácticas clínicas, los estudiantes han reconocido la fuerte influencia que ejercen los tutores clínicos en la forma de vivir la experiencia. Esta es más positiva si el tutor les inspira confianza, reconoce sus méritos y les hace sentir valorado y aceptado por el equipo (314).

Dado que las primeras prácticas clínicas son un acontecimiento muy estresante para los estudiantes (312) y uno de los focos de la ansiedad es la relación con el tutor (311), puede que el apoyo y ayuda recibidos por parte de los tutores en las primeras prácticas se valore de forma especialmente positiva. Los estudiantes han reconocido que una vez pasadas las primeras prácticas clínicas, el nivel de ansiedad se reduce considerablemente (315). De esta forma, se podrían explicar los resultados hallados en el presente estudio, al identificar

una valoración de los tutores significativamente más alta en los alumnos que realizarán sus primeras prácticas clínicas frente a los demás.

5.3.2.2. Discusión de la comparación de la valoración de los tutores clínicos con su autopercepción

Al comparar los resultados de estas dos valoraciones, solamente se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión 1, *Inspira confianza a través del cuidado*, siendo superior la autovaloración de los tutores.

Estos resultados no pueden ser contrastados ya que no se ha identificado ningún estudio que compare estas dos perfecciones empleando la NSPIC. Los trabajos que han utilizado la NSPIC como instrumento de medida son descriptivos, excepto el de Labrague et al. que comparó los resultados de la NSPIC con los comportamientos de cuidado de los estudiantes, valorados por ellos mismos con la *Caring Behaviours Inventory* (CBI). El estudio tuvo como objetivo identificar una correlación entre el cuidado que los tutores transmiten a los estudiantes y el cuidado que los estudiantes reconocen en ellos mismos, para evidenciar el impacto de esta relación. Los resultados demostraron que los comportamientos de cuidado de los tutores influyen positivamente en los de los estudiantes, al identificar una correlación positiva entre la NSPIC y la CBI (226). El cuidado que expresan los profesionales de enfermería ha sido estudiado previamente en comparación con el de los estudiantes, aunque empleando otro instrumento de medida. Loke et al. utilizaron la CBI para comparar los comportamientos de cuidado de los tutores clínicos y de los estudiantes. El estudio reveló que hay una asociación entre ambos, resultando especialmente similar la valoración de los tutores clínicos y la de los estudiantes del último curso (268). Estos hallazgos se alejan de los encontrados en este estudio, ya que la percepción del cuidado percibido por los estudiantes de parte de los tutores y el que éstos creen demostrar, resultaron diferentes.

En este estudio, encontramos que los tutores clínicos creen transmitir la dimensión *Inspira confianza a través de cuidado* con más intensidad de la que los estudiantes la perciben. Esta falta de sintonía entre la confianza y el cuidado

recibido y entregado podría deberse a experiencias negativas de los estudiantes en las prácticas, de las que los tutores no son conscientes, y por lo tanto no afectan a la valoración de la confianza y cuidado que creen transmitir.

Los estudiantes han descrito situaciones en las que la labor del tutor clínico podría ser mejorable en su rol docente. Como indicaron Sweet y Broadbent, no todos los estudiantes están satisfechos con el papel de facilitador del aprendizaje del tutor clínico. Algunos estudiantes declaran que para optimizar las oportunidades de aprendizaje, los autores deberían estar más preparados, conocer el plan de estudios de enfermería para ajustar sus expectativas, tener experiencia en el servicio de prácticas concreto y demostrar habilidades organizativas (295). Los estudiantes también demandan un equilibrio entre el apoyo recibido y el reto de enfrentarse a una nueva situación. Aunque aprecian la información y la guía del tutor, les desagrada que se lo expliquen absolutamente todo. Ellos quieren pensar por sí mismos y esperan que el tutor les estimule su propio pensamiento y active el aprendizaje (70). En el estudio de Ewertsson et al. los estudiantes relataron que, en ocasiones, los tutores le pedían ejecutar una tarea sin preguntarle si sabían hacerlo, o si lo habían hecho antes, o incluso que sobrepasaban sus objetivos de aprendizaje. Esta situación les hacía sentir incómodos porque pensaban que podrían poner en peligro la seguridad del paciente (30). Estos mismos estudiantes, narraron que cuando realizaban una tarea de forma incorrecta o de forma diferente a la esperada, el tutor clínico les reñía sin ofrecer un razonamiento sobre por qué proceder de una manera en particular, ni los conocimientos o evidencias en los que se basan (30).

Otros factores que pueden afectar negativamente a la relación tutor estudiante y por lo tanto al cuidado y confianza que éstos perciben, están relacionados con el ambiente en las prácticas y las actitudes personales del tutor. Se han descrito situaciones de tensiones internas en el equipo multidisciplinar que deterioran la relación. La causa de estas tensiones suele ser la falta de reconocimiento profesional atribuido a las enfermeras (275). También se han identificado experiencias de estudiantes en las que el ambiente general del lugar de prácticas no era propenso al cuidado. La ausencia de un clima de

cuidado puede influir en la percepción de los docentes de los estudiantes sobre sus tutores (292). Foley et al. condujeron un estudio para explorar los posibles conflictos generacionales en las prácticas clínicas. Los resultados apuntaban a una falta de entendimiento por ambas partes que provocó resentimiento. Por un lado, los estudiantes se quejaron de las ideas preconcebidas de los tutores sobre los jóvenes y de su negatividad hacia ellos. Por el otro lado, los profesionales se quejaron de la falta de preparación de los estudiantes y la falta de respeto hacia la experiencia de los tutores. Ambos coincidieron que los cambios recientes en la formación de enfermeras fueron un foco de tensión. Los tutores infravaloraron los conocimientos teóricos, y aunque se lamentaban de la calidad de la formación de tiempos anteriores, los autores interpretaron, a partir de los resultados, un sentimiento de amenaza al sentirse retados por las nuevas generaciones (316). Los propios tutores han reconocido que la relación tutor-estudiante se basa en el poder. En ella, el tutor asume el rol de experto y supervisor, y en consecuencia se espera se espera que el estudiante sea complaciente con el equipo, de lo contrario, se le podría considerar maleducado, evasivo y con poca iniciativa (272).

Puede que la percepción del cuidado recibido por los tutores sea más baja de la que ellos creen transmitir, sea consecuencia de estas experiencias negativas.

5.3.2.3. Discusión de la comparación de la valoración de los profesores académicos con su autopercepción

Según los resultados del presente trabajo, la opinión de los profesores académicos sobre los comportamientos de cuidado que creen demostrar a los alumnos difiere de los que estos perciben siendo mayor la opinión propia de los profesores.

Anteriormente, se ha mencionado la necesidad de un cambio de enfoque de la docencia enfermera. Si la profesión reconoce el cuidado como su concepto central que la distingue e identifica dentro del equipo multidisciplinar, la formación que reciben las futuras enfermeras debería estar articulada en torno

a este concepto (105). Para ello, es preciso cambiar el foco de atención de la docencia, desde la actual adquisición de conocimientos y habilidades, hacia los valores humanísticos en los que se fundamente el cuidado (317). Los valores se pueden enseñar y aprender. El estudio longitudinal de Kantel et al. a lo largo de los 4 años de formación enfermera, reveló que la docencia favorece el desarrollo de los valores profesionales en los estudiantes. Se obtuvo un incremento significativo en valores tales como la dignidad, la autonomía, la responsabilidad o la seguridad del paciente (300). Según Brown, el enfoque del aprendizaje afectivo permite integrar las tres dimensiones del aprendizaje (cognitiva, psicomotora y emocional) para facilitar la adquisición de las competencias requeridas para el cuidado humanizado. El aprendizaje afectivo supone incorporar los valores y emociones asociadas a los contenidos formativos. Esta autora propone incorporar estrategias dirigida a la internalización de los comportamientos de cuidado que reflejen las actitudes y valores de la enfermería. Una forma de hacer más evidente los valores del cuidado en los planes de estudio es jerarquizar el desarrollo gradual de estos valores. Así, al establecer niveles, se pueden incluir en los objetivos y resultados de aprendizaje esperado en los alumnos en cada etapa (317).

Otra estrategia para el aprendizaje centrado en valores es el modelo de rol. Los docentes son modelos de rol idóneos para mostrar el valor del cuidado a los estudiantes y contribuir a su desarrollo moral (279). La alta opinión de los profesores académicos sobre el cuidado que manifiestan, podría ser consecuencia de su compromiso con esta nueva orientación de la docencia hacia los valores de cuidado, eligiendo el modelo de rol que representa para los estudiantes como estrategia de aprendizaje.

Los estudiantes han identificado el cuidado como la principal función de la enfermería, concediendo más importancia a los aspectos psicológicos y emocionales que los biológicos. Sin embargo, aceptan que las enfermeras prioricen las tareas y los asuntos organizacionales, delegando las necesidades de los pacientes a otros profesionales sanitarios. Es decir, su discurso refleja un cuidado humanizado y centrado en el paciente, pero en la práctica le concede

poco valor al cuidado (318). Según Maben et al. la formación teórica enfermera afianza en los estudiantes los valores humanísticos de la profesión y un enfoque centrado en el paciente. Sin embargo, estos encuentran difícil trasladar su idea del cuidado a la práctica. Factores institucionales como la sobrecarga asistencial, la organización centrada en tareas o la falta de personal, limitan las posibilidades de implementar el ideario de cuidado holístico que han interiorizado en la formación teórica. Esta situación les conduce a la frustración, desilusión y a cuestionarse el concepto de cuidado (319).

La visión del concepto de cuidado de los estudiantes de enfermería está influenciada por los conocimientos que adquieren en la formación teórica. Los alumnos construyen una imagen idealizada de la enfermería que luego socializan en las prácticas clínicas (318). El entorno clínico permite a los estudiantes identificar e interiorizar los roles, valores y normas de la cultura profesional, desarrollando así su identidad como enfermera (126). La experiencia clínica ejerce un fuerte impacto en el proceso de socialización de los estudiantes y afecta al enfoque que los estudiantes dan a su práctica (88). Los estudiantes de enfermería emplean la acomodación como estrategia de afrontamiento para hacerle frente al reto de las prácticas clínicas. Es decir que, a pesar de tener una sólida convicción de los valores emocionales del cuidado, aceptan la realidad y se conforman con ella, con tal de optimizar sus oportunidades de aprendizaje (315).

En nuestro estudio se identificó una disonancia entre el cuidado que los profesionales académicos creen transmitir y el que los estudiantes manifiestan recibir. Puesto que muchos de los estudiantes ya habían realizado prácticas clínicas, estos habrían podido interiorizar matices prácticos y operacionales del concepto de cuidado que explicarían esas diferencias.

Como se ha mencionado anteriormente, la institución Cruz Roja está históricamente vinculada a la formación enfermera desde su llegada a España (173). Sus centros se han adaptado a los cambios recientes en la profesión y en la educación superior, demostrando una fuerte implicación en la instrucción de profesionales de enfermería (178). Estos centros se mantienen fieles a su

compromiso de formar profesionales de enfermería combinando la competencia profesional con el espíritu humanitario y el ideario de la institución (176). En este sentido, los profesores académicos de CUECR tienen la misión de imprimir los principios fundamentales de Cruz Roja, humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, voluntariedad, unidad y universalidad, en la visión de la enfermería de los estudiantes. El CUECR persigue formar profesionales de enfermería altamente cualificados con un enfoque humanitario en la línea de la ideología de Cruz Roja, que las identifique y distinga (175). Quizás, este fuerte compromiso de los profesores académicos del CUECR de transmitir la filosofía humanitaria del Centro, les hace sentir que transmiten más cuidado del que los estudiantes han declarado recibir.

5.3.2.4. Discusión de la comparación entre la valoración de los tutores clínicos y la valoración de los profesores académicos

Al comparar el cuidado que los estudiantes reciben en el entorno académico y el clínico, estos perciben más cuidado en general por parte de los tutores clínicos que por los profesores académicos, excepto en la dimensión *Control vs flexibilidad*. Estos resultados están en la línea del entusiasmo y satisfacción expresados por los tutores clínicos con su labor de tutela a pesar de las dificultades.

Los tutores clínicos que participaron en el estudio cualitativo de Wilson, manifestaron que en su labor de mentorización procuran transmitir el orgullo que sienten por la profesión y se esfuerzan por hacer aportaciones únicas y exclusivas a los estudiantes (320). El trabajo de Fulvio et al. reveló que la motivación de los tutores clínicos se basaba en un sentimiento de empatía hacia el estudiante y una obligación o responsabilidad de devolverle a la profesión una aportación personal. En la práctica, tutelar a los estudiantes le generaba sentimientos encontrados, por un lado, un gran entusiasmo por enseñar, y por otro lado, una enorme frustración cuando factores externos se lo impedían (290). Estas revelaciones coinciden con los hallazgos de Jokelainen et al. En su estudio, los tutores clínicos declararon que su aprecio por la profesión enfermera les movía a esforzarse por ser mejores modelos de rol para los estudiantes, y esto generaba

una actitud positiva hacia los estudiantes y un deseo y compromiso con la mentorización, que es percibido por los estudiantes (321).

Se ha descrito con anterioridad la satisfacción que los tutores clínicos manifiestan al transferir sus conocimientos a los estudiantes. Los tutores se sienten valorados al contribuir con el desarrollo personal y de los estudiantes y facilitar la experiencia la experiencia de aprendizaje y progreso en su carrera (248). Además, reconocen que ser tutores les convierte en mejores profesionales y mantiene viva su ilusión por la enfermería. Los tutores procuran transmitir esta ilusión profesional fomentando en los estudiantes la satisfacción que se obtiene al dar cuidado emocional a los pacientes y encontrarle un significado a la experiencia (320). Ejercer de tutores les mantiene actualizados en la práctica profesional, amplía sus conocimientos y les conduce a una práctica reflexiva (248). Este entusiasmo e ilusión expresado por los tutores clínicos podría ser el motivo por el que los estudiantes perciben más cuidado por su parte, que por la de los profesores académicos.

Por otro lado, esta apreciación podría ser el reflejo de la disociación entre la teoría y la práctica enfermera. El distanciamiento histórico entre el mundo académico y el clínico, ha provocado un salto entre la teoría y la práctica (322). Esta disociación surge de una falta de interacción entre ambos ámbitos, y como consecuencia, los estudiantes perciben que en la teoría y la práctica van cada uno por su lado, sin conexión alguna entre ambas (323).

El análisis conceptual realizado por Greenway et al. define este fenómeno como una grieta entre el conocimiento teórico y su aplicación práctica, expresado con mayor frecuencia como una entidad negativa con consecuencias adversas (324). Entre estas consecuencias se encuentran las dificultades en la adaptación de los estudiantes al entorno clínico, las barreras para su socialización, el choque de realidad (322), el estrés y la ansiedad generada en los estudiantes, dilemas cognitivos, sufrimiento moral y un sentimiento de incompetencia (324).

Las enfermeras entrevistadas por Factor et al. identificaron como posible causa de la falta de concordancia entre la teoría y la práctica enfermera, la escasez de recursos humanos y materiales del entorno clínico, que obliga a las enfermeras a improvisar y modificar su práctica, alejándose de los estándares teóricos. Según estos autores, la academia no prepara a los estudiantes para desenvolverse en el entorno clínico real, lo que les genera confusión, y ante la distorsión entre el modelo de rol que perciben de los tutores y el modelo de rol ideal que les perfila la teoría, reaccionan con conformidad (322). La desconexión entre la teoría y la práctica está alentada por las relaciones poco fluidas entre la universidad y los entornos clínicos, y la escasa relevancia que se le otorga a la teoría en la práctica asistencial resultando en un ejercicio de la profesión que no refleja el conocimiento enfermero (324).

Los estudiantes de enfermería han identificado la discrepancia entre el conocimiento adquirido en la universidad y el ejercicio profesional que han observado en las prácticas clínicas (118). Ellos anhelan el entendimiento entre estas dos áreas. El trabajo de Sweet y Broadbent reveló que una de las cualidades de los tutores clínicos más apreciada por los estudiantes fue la capacidad de vincular el conocimiento teórico con la práctica (295).

Aghamohammadi-Kalkhoran et al. proponen una mayor participación por parte de los tutores clínicos en la formación enfermera para conseguir un enfoque más realista y disminuir el distanciamiento entre la teoría y la práctica (86). Akram et al. han reconocido el potencial de los tutores clínicos para disminuir este distanciamiento. Según estos autores una mejor comunicación con la universidad y una monitorización de la labor del tutor como parte de la función docente universitaria, ayudaría a acercar estas dos realidades (325). Scully destaca la importancia de la reflexión en la práctica clínica y la construcción del pensamiento de los estudiantes guiado por sus tutores, para la sincronización entre la teoría y la práctica (323).

Volviendo a los resultados del presente trabajo, la discrepancia entre el cuidado que perciben los estudiantes desde el entorno académico y clínico podría ser un espejo de la brecha entre la teoría y la práctica. Es esencial que

estos dos núcleos de la educación enfermera estén sincronizados para un aprendizaje coherente de la profesión.

5.3.2.5. Discusión de la comparación de la autopercepción de los tutores clínicos con la autopercepción de los profesores académicos

A la luz de los resultados encontrados en este trabajo, la única diferencia significativa entre el cuidado que creen demostrar los tutores clínicos y los profesores académicos concierne a la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida*. Los profesores académicos consideran que esta dimensión está más presente en su relación con los estudiantes.

La atención a la espiritualidad forma parte del cuidado holístico de los pacientes, luego, los profesionales de enfermería deben estar preparados para dar respuesta a las necesidades espirituales y así proporcionar una atención de calidad. Según Wu et al. la formación condiciona la predisposición y el compromiso de las enfermeras para ofrecer cuidado espiritual. Los profesionales que han sido adiestrados en la esfera trascendente de los pacientes, tienen significativamente más inclinación a atender sus necesidades espirituales (285). La revisión de la literatura realizada por Lewinson et al. sobre experiencias docentes en el área de la espiritualidad, reunió 28 trabajos sobre métodos docentes innovadores para la formación en esta competencia. Gracias a estas técnicas, los estudiantes adquirieron una mejor comprensión del significado de la espiritualidad, expandiendo su alcance más allá de la religiosidad. Los estudiantes incluyeron en su idea de espiritualidad comportamientos como pasar tiempo con el paciente, dar apoyo y consuelo, ayudarles a encontrar un significado a su experiencia, escuchar y facilitar que los pacientes reconozcan sus miedos y problemas, respetando la dignidad, privacidad y las creencias religiosas (286).

Es decir, hay un esfuerzo por parte de la academia para formar profesionales capaces de atender las necesidades de los pacientes tanto del cuerpo como del alma y el espíritu. Puede que este compromiso con la

educación espiritual de los profesores académicos haya influido en los resultados obtenidos, al demostrar más esta dimensión que los tutores clínicos.

Por otro lado Giske identificó algunas barreras para el aprendizaje de la competencia espiritual, entre ellas, la falta de accesibilidad, de tiempo y de profesionales que actúen como modelo de rol (289). Desarrollar una relación de confianza y apoyo que facilite el aprendizaje requiere tiempo para que ambas personas conecten (291). Los tutores clínicos han manifestado que la labor de mentorización le supone una dedicación de tiempo adicional (86). También han declarado que sienten que el tiempo dedicado a los estudiantes, tanto en la atención directa como rellenando su documentación, es tiempo que podrían estar dedicando a los pacientes (248). Los tutores clínicos no están acostumbrados a escribir informes sobre los estudiantes por eso ven el trabajo administrativo como una sobrecarga que consume mucho tiempo (118). La presión en el trabajo les resta capacidad de tutela (292). Además, los profesionales de enfermería han reconocido no sentirse preparados para dar respuesta a la dimensión espiritual de los pacientes (285). Estas condiciones podrían haber provocado que los tutores clínicos sientan que transmiten menos la dimensión *Reconocimiento del sentido de la vida* que los profesores académicos.

5.4. REFLEXIONES FINALES

El desarrollo del presente trabajo invita a reflexionar sobre la relación estudiante-docente en enfermería y la transmisión del cuidado. La formación de los futuros profesionales de enfermería conlleva una gran responsabilidad, la de asegurar el cuidado de la sociedad al más alto nivel de calidad. Las instituciones docentes tienen el compromiso de formar enfermeras capaces de cuidar a las personas desde un abordaje integral, que incluya a las dimensiones biológica, psicológica, social, emocional, espiritual y cultural.

El cuidado es un fenómeno complejo, con multitud de connotaciones culturales, y de la experiencia propia de cada individuo. Las relaciones de cuidado se construyen en un sofisticado entramado de valores, emociones y creencias, que ubica a este fenómeno en la esfera de lo íntimo y subjetivo de las personas. Hay todo un universo de intensas emociones asociadas al cuidado, y por lo tanto, al ejercicio de la profesión. Los estudiantes de enfermería deben de estar preparados para hacerle frente a situaciones emocionalmente complejas, a dar respuesta a múltiples necesidades entrelazadas que arrastran sentimientos profundos que afectan a ambos, tanto a la persona cuidada como el cuidador.

Por lo tanto, las instituciones docentes, para responder a su compromiso con la sociedad, deben formar a los estudiantes en la praxis (saber ejecutar los procedimientos según los estándares de calidad y seguridad), en el conocimiento (saber los fundamentos teóricos y la evidencia es la que se basa la profesión) y en las emociones (saber gestionar los sentimientos propios y de la persona cuidada en pro de la armonía cuerpo-alma-espíritu). Es decir, formar profesionales capaces de cuidar desde el *hacer, saber y sentir*.

Además de este cometido y de forma complementaria, las instituciones académicas tienen una responsabilidad de colaborar con el desarrollo y divulgación del cuerpo de conocimiento propio de la enfermería, que gira en torno a su concepto central, el cuidado. La forma más eficaz de aprender a cuidar es sentirse cuidado, o lo que es lo mismo, la forma más eficaz de enseñar a cuidar es cuidando. Es esencial que los docentes faciliten entorno que

promuevan el cuidado. Vivir la experiencia que se pretende compartir con los pacientes, proporciona una comprensión más amplia de las necesidades de cuidado de la otra persona. Además, al cuidar de los estudiantes, los docentes les proporcionan un modelo de rol, un patrón de referencia para las futuras relaciones de cuidado que establezcan con los pacientes.

Los docentes ejercen una fuerte influencia en los estudiantes a nivel personal y profesional. Los estudiantes llegan a imitar opiniones, pensamientos, actitudes y comportamientos de sus docentes. Esta influencia se ejerce de forma pasiva y frecuentemente, de forma inconsciente. Es importante que los docentes tomen conciencia de la honda impronta que dejan los estudiantes, ya que esta podría ser una poderosa herramienta de aprendizaje. En este sentido, la valoración de los comportamientos de cuidado expresados por los docentes, como la realizada en este trabajo, ayuda a visibilizar esta impronta.

5.5. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Los hallazgos de este trabajo pueden ayudar a la mejora de la docencia enfermera aportando una visión de las relaciones interpersonales que los estudiantes establecen durante su formación con los docentes.

El empleo de la S-NSPCI en futuras investigaciones ayudará a una mejor comprensión por parte de los docentes, de la naturaleza del cuidado que están inculcando a los estudiantes. Esta visión les permitirá armonizar su intervención docente con la experiencia sentida de los estudiantes, para un aprendizaje significativo más eficaz.

El primer paso para articular un programa docente en torno al cuidado es identificar el modelo actual que transmiten los docentes. En este sentido, la S-NSPIC ayudaría a describir el modelo de cuidado que siguen los docentes como punto de partida para una transformación de los programas docentes hacia un enfoque centrado en el cuidado.

La visión que la S-NSPIC puede ofrecer sobre la relación docente-estudiante ayudará a promover habilidades de cuidado en los estudiantes. Enriquecer el proceso de aprendizaje con una relación de cuidado significativa, favorece el desarrollo de las competencias necesarias para el cuidado humanizado, refuerza la confianza en sí mismos y la socialización de los estudiantes.

Dar visibilidad al cuidado que los docentes transmiten en sus comportamientos, les permite tomar conciencia del modelo que imprimen en los estudiantes. Así, podrán modificar su propia práctica para mejorar la calidad de los cuidados y la satisfacción del paciente e identificar las propias lagunas en el ejercicio de su labor docente.

La evaluación del modelo de rol de cuidado que se les ofrece a los estudiantes favorece introducir estrategias educativas que complementen las carencias reveladas o rectifiquen los comportamientos menos

apropiados. De un modo más concreto, los resultados de esta investigación sugieren que los tutores clínicos deberían reforzar la dimensión espiritual en su relación con los estudiantes. Sería conveniente introducir prácticas docentes encaminadas a reconocer el sentido de la experiencia propia y de la de los demás, tales como diálogos reflexivos, informes de los valores del cuidado que imprimen en sus acciones, preguntas que inviten al análisis de las emociones propias y de los pacientes, entre otras. En relación con los profesores académicos, dado que ellos mismos consideran mejorable la flexibilidad con la que tratan a los estudiantes, sería recomendable la implementación de medidas que adapten la docencia a las necesidades y circunstancias particulares de los estudiantes. Sin dejar de lado las normas comunes para la práctica equitativa de la docencia, los profesores podrían mejorar la sensibilidad hacia la experiencia de aprendizaje desde la perspectiva del estudiante. Dado que se trata de una experiencia intensa y compleja en sí misma, los profesores deberían colaborar en salvar las barreras particulares con medidas como adaptar los horarios de atención a las jornadas laborales, ofrecer alternativas a la asistencia a clase u opciones de evaluación que garanticen la adquisición de competencias por diferentes vías. Otras medidas dirigidas a aumentar la percepción de flexibilidad que los profesores tienen de sí mismo podrían tratar de equilibrar la situación de poder del profesorado. Esto implica una mayor participación de los estudiantes en la toma de decisiones relacionadas con el proceso de aprendizaje, que redundará en un mayor compromiso por su parte. Algunas de estas medidas podrían ser permitirle decidir sobre algunos contenidos de las asignaturas o los resultados de aprendizaje o la evaluación entre iguales.

Continuando con las implicaciones para la práctica docente del CUECR en lo referente a la relación de cuidado estudiante-docente, estarían encaminadas a equilibrar la percepción del cuidado recibido durante las prácticas clínicas entre los 3 cursos. Se sugieren sistemas de evaluación para detectar las fluctuaciones del modelo de rol de cuidado,

como emplear la S-NSPIC al final de cada periodo de prácticas o grupos focales. En esta línea, se podrían revisar los resultados de aprendizajes esperados en cada período de práctica establecidos actualmente en los programas de las asignaturas, para adaptarlos a la evolución en valores de los estudiantes, y elaborar una ruta de aprendizaje escalonada y progresiva, acorde con cada nivel.

Considerando los hallazgos de este estudio, requiere especial atención la falta de concordancia entre la percepción del cuidado de los docentes y los estudiantes. Estos se sienten menos cuidados de lo que los docentes creen cuidarles. Sería interesante indagar sobre las barreras que dificultan la transmisión del cuidado, con estrategias como la tutela académica que atienda aspectos emocionales de los estudiantes y sobre todo, mantener una actitud abierta, que invite a la comunicación, para armonizar el cuidado percibido por ambas partes.

Por último, toda descripción del cuidado, en cualquiera de los ámbitos donde se desarrolla, supone una contribución a una mejor comprensión del concepto y arrojar cierta luz a su compleja definición.

5.6. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Los resultados encontrados responden a los objetivos previamente establecidos. Aun así, el desarrollo de la investigación ha abierto nuevas áreas para futuras investigaciones.

En relación con la validación transcultural de la NSPIC al contexto español, los resultados revelaron una estructura diferente a la original que incluye un factor nuevo, *Autonomía profesional*. Es recomendable realizar un análisis factorial confirmatorio que respalde esa estructura y afiance la nueva dimensión. Además, para consolidar las propiedades métricas de la S-NSPIC, se sugieren estudios que la empleen en la recogida de datos con poblaciones de estudiantes de enfermería españoles de entornos variados. Los resultados reforzarán su validez y fiabilidad en diferentes perfiles de población.

La NSPIC ha sido diseñada para que los estudiantes valoren los comportamientos de los tutores clínicos, y no ha sido empleada anteriormente en el medio académico. En este trabajo se ha realizado una experiencia piloto, con la intención de explorar su empleo en este ámbito, por ello se recomienda cautela en la interpretación de los resultados. Aunque estos han sido favorables desde un punto de vista operativo, se propone hacer una validación completa de la S-NSPIC para el contexto académico, que permita interpretar los resultados con más confianza.

A la luz de los resultados obtenidos en la fase descriptiva el equipo investigador se plantea si las características sociodemográficas de los participantes han podido influir en su percepción del cuidado. Se considera necesario realizar estudios de correlación que exploren estas u otras asociaciones, para identificar los factores que influyen en la relación del cuidado estudiante-docente. También se considera pertinente continuar con estudios que asocien los resultados con otras variables relacionadas con los resultados de aprendizaje y las

competencias de los estudiantes. Estos estudios darían visibilidad al impacto del cuidado recibido en los estudiantes y la efectividad del cuidado como herramienta de aprendizaje. Asimismo, sería interesante conducir investigaciones de extensión internacional para obtener un alcance más amplio del efecto de la interacción estudiante docente.

A la vista de la falta de sintonía entre las percepciones estudiadas, esto es, a los estudiantes les llegan menos cuidado del que sus docentes les creen demostrar, se proponen estudios de corte cualitativo que exploren las posibles barreras que dificultan la transmisión del cuidado entre ellos.

6. CONCLUSIONES

1. La Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring es una herramienta válida y fiable para la valoración de los comportamientos de cuidado expresado por los tutores clínicos hacia los estudiantes de enfermería, según la percepción de estos. Esta versión culturalmente adaptada permitirá una mejor comprensión de la relación que los tutores clínicos establecen con los docentes y del modelo de cuidado que representan.
2. De forma general, el cuidado está latente en la relación estudiante-docente del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla creando un entorno favorecedor para el aprendizaje del cuidado al fomentar experiencias de cuidado en sus estudiantes que les permiten crecer como cuidadores profesionales, identificando nuevos significados a la experiencia de cuidar. Los estudiantes perciben un alto nivel de cuidado por parte de sus docentes, tanto tutores clínicos como profesores académicos. Este cuidado se expresa a través de comportamientos que les inspiran confianza, fomentan un clima de aprendizaje y apoyo, les ayudan a reconocer el sentido de la vida, les muestran flexibilidad en el trato y fomentan su autonomía profesional. Por lo tanto, los docentes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla ejercen un buen modelo de rol a los estudiantes que les guía para sus futuras relaciones de cuidado con los pacientes.
3. Existe una disonancia entre el cuidado que los docentes creen demostrar y el cuidado que los estudiantes perciben recibir, tanto por parte de los clínicos como de los profesores académicos. Los docentes piensan que transmiten más cuidado del recibido por los estudiantes. En particular, los tutores clínicos inspiran menos confianza en los estudiantes de lo que ellos creen. Es deseable que ambas percepciones estén en sintonía reflejando así una relación sincera y empática, en la que ambos se expresen con libertad y franqueza sus sentimientos, y se fomente el aprendizaje.
4. Los estudiantes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja aprecian más cuidado por parte de los tutores clínicos durante sus primeras

prácticas que en las posteriores, en las que esta apreciación desciende. En el entorno académico, aunque se identificaron diferencias entre los comportamientos de cuidado de los profesores de cada curso, estas no describieron una evolución homogénea.

5. Los estudiantes del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla perciben más cuidado de parte de los tutores clínicos que de los profesores académicos. Estos consideran que fomentan la dimensión espiritual de los estudiantes más que los tutores clínicos. Según su percepción, desde el entorno académico se alienta a los estudiantes a buscar el sentido de la vida y encontrar significado a las experiencias de forma más intensa que desde el entorno clínico.

7. CONCLUSIONS

1. The Spanish Nursing Students' Perception of Instructor's Caring is a valid and reliable tool for assessing caring behaviors demonstrated by clinical tutors towards nursing students, based on their perception. This culturally adapted version will allow a better understanding of the relationship that clinical tutors and academic lecturers establish with the students and the care model they represent.
2. In general, care is latent in the student-teacher relationship at the Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla. This generates a favorable environment for learning to care by fostering caring experiences among their students that allow them to grow as professional caregivers, identifying new meanings to the experience of caring. Students perceive a high level of care from their instructors, both clinical tutors and academic lecturers. This care is expressed through behaviors that inspire confidence, foster a supporting learning climate, help them recognize the life's meanings, show them flexibility and promote their professional autonomy. Therefore, the instructors at the Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla represent a good role model for students that guides them for their future caring relationships with patients.
3. There is a dissonance between the care that instructors believe to demonstrate and the care that students perceive to receive, both from the clinical tutors and academic lecturers. They think they convey more care than the students declare to receive. In particular, clinical tutors inspire less confidence in students than they believe. It is desirable that both perceptions be in tune reflecting a sincere and empathetic relationship, in which both express openly each other their feelings, and encourage learning.
4. Students at the Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla appreciate more care from clinical tutors during their first practices than in subsequent practices, in which this appreciation declines. In the academic environment, although differences were identified between the caring

behaviors of the lecturers in each course, they did not describe a homogeneous evolution.

5. The students of the Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja Sevilla perceive more care from clinical tutors than from academic lecturers. The former consider that they foster the spiritual dimension of students more than clinical tutors. According to their perception, students are encouraged from the academic environment to appreciate the life's meanings and find meaning to their experiences more intensely than from the clinical environment.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science and Caring. Caring Nurs Class An Essent Resour. 2012;143–52.
2. Cook LB, Peden A. Finding a focus for nursing: The caring concept. Adv Nurs Sci. 2017;40 (1):12–23.
3. Hernández Conesa J, Moral de Calatrava P. Historia de la enfermería : un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2001.
4. Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo E. Historia de la enfermería : evolución histórica del cuidado enfermero. Barcelona : Elseiver; 2017.
5. Donahue MP. Historia de la enfermería. Barcelona: Doyma; 1995.
6. Hernández Martín F. Historia de la enfermería en España : desde la antigüedad hasta nuestros días. Madrid: Síntesis; 1996.
7. Hernández Vergel LL, Zequeira Betancourt DM, Miranda Guerra AJ. Care perceptions of nursing professionals. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2010 [citado 16 julio 2018];26 (1):30–41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
8. Ayuso Gil ME. Florence Nightingale. Madrid : Fundación Emmanuel Mounier; 2007.
9. Selanders LC. The Power of Environmental Adaptation: Florence Nightingale's Original Theory for Nursing Practice. J Holist Nurs. 2010;28 (1):81–8. doi: 10.1177/0898010109360257
10. Attewell A. Florence Nightingale's Relevance to Nurses. J Holist Nurs. 2010;28 (1):101–6. doi: 10.1177/0898010109357245
11. Kérouack S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier Masson; 2001.
12. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 9ª. Barcelona: Elsevier; 2018.
13. Henderson VA. La naturaleza de la enfermería : una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación : reflexiones 25 años después. 1a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998.
14. Luis Rodrigo MT. De la teoría a la práctica : el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI . 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
15. Benavent E, Ferrer Ferrandis E, Francisco C. Fundamentos de enfermería. Madrid : Difusión Avances de Enfermería; 2009.
16. Cutcliffe JR, McKenna HP, Hyrkäs K, Barker PJ. Modelos de enfermería : aplicación a la práctica. México: El Manual Moderno; 2011.
17. Hernández Garre JM, De Maya Sánchez B, Díaz Cuenca AM, Giménez Fernández M. Fundamentos teóricos de enfermería : teorías y modelos. 2ª. Murcia: DM; 2012.
18. Rojas Espinoza JB, García Hernández M L, Cárdenas Becerril L, Vázquez Galindo L, Silveira Kempfer S. Adaptación del modelo de Kristen Swanson para el cuidado de enfermería en adultos mayores. Texto Context-Enferm. 2018;27 (4). doi: 10.1590/0104-07072018000660017
19. Watson J. Intentionality and Caring-Healing Consciousness : A Practice of Transpersonal Nursing. Holist Nurs Pract. 2002;16 (4):12–9.
20. Watson J. Caring as the essence and science of Nursing and health care. O Mundo da Saúde. 2009;33 (2):143–9.
21. Riba Bellera L, Buendía Surroca C, Fabrellas Padres N. Trío de damas. Rev ROL Enf. 2008;31 (1):9–14.
22. Urra ME, Jana AA, García VM. Algunos Aspectos Esenciales Del Pensamiento De Jean Watson Y Su Teoría De Cuidados Transpersonales. Cienc y enfermería. 2011;17 (3):11–22. doi: 10.4067/S0717-95532011000300002
23. Favero L, Pagliuca LMF, Lacerda MR. Transpersonal caring in nursing: An analysis grounded in a conceptual model. Rev da Esc Enferm. 2013;47 (2):489–94.
24. Clark C. Watson's Human Caring Theory: Pertinent Transpersonal and Humanities Concepts for Educators. Humanities. 2016 Apr 16;5 (2):21. doi: 10.3390/h5020021
25. Watson J. The Philosophy and Science of Caring. Rev Ed. Colorado: University Press of Colorado; 2008.
26. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Text Context-Enferm. 2007;16 (1):129–35. doi: 10.1590/S0104-07072007000100016

27. Olivé Ferrer MC, Isla Pera MP. El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. *Revi ROL Enf.* 2015;38 (2):123–8.
28. Izquierdo Machín E. Enfermería : Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional , una visión humana Nursing : Jean Watson ' s theory and emotional intelligence , a human perspective. *Rev Cuba Enfermer [Internet]*. 2015 [citado 16 julio 2018];31 (3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>
29. Pajnikihar M, McKenna HP, Štiglic G, Vrbnjak D. Fit for Practice: Analysis and Evaluation of Watson's Theory of Human Caring. *Nurs Sci Q.* 2017 Jul 21;30 (3):243–52. doi: 10.1177/0894318417708409
30. Ewertsson M, Bagga-Gupta S, Blomberg K. Nursing students' socialisation into practical skills. *Nurse Educ Pract.* 2017;27:157–64. doi: 10.1016/j.nepr.2017.09.004
31. Beckett K. Professional wellbeing and caring: Exploring a complex relationship. *Br J Nurs.* 2013;22 (19):1118–24.
32. Drahošová L, Jarošová D. Concept of Caring in Nursing. *Cent Eur J Nurs Midwifery.* 2016;7 (2):453–60. doi: 10.15452/CEJNM.2016.07.0014
33. Söderlund M. A Concept of Caring aiming at Health. *Int J Hum Caring.* 2013 Mar;17 (1):33–44.
34. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs.* 2008;17 (2):196–204.
35. Sargent A. Reframing caring as discursive practice: A critical review of conceptual analyses of caring in nursing. *Nurs Inq.* 2012;19 (2):134–43.
36. Cook LB, Peden A. Finding a focus for nursing: The caring concept. *Adv Nurs Sci.* 2017;40 (1):13–23. doi: 10.1097/ANS.000000000000137
37. Scott PA, Matthews A, Kirwan M. What is nursing in the 21st century and what does the 21st century health system require of nursing? *Nurs Philos.* 2014 Jan;15 (1):23–34.
38. Leyva EWA, Peralta AB, Tejero LMS, Santos MA. Global Perspectives of Caring: An Integrative Review. *Int J Hum Caring.* 2015 Oct;19 (4):7–29.
39. Andersson EK, Willman A, Sjöström-Strand A, Borglin G. Registered nurses' descriptions of caring: A phenomenographic interview study. *BMC Nurs.* 2015;14 (1). doi: 10.1186/s12912-015-0067-9
40. Mlinar S. First-and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours. *Nurs Ethics.* 2010;17 (4):491–500.
41. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Azimzadeh R, Aminiae N, Yousefzadeh S. First and Fourth-Year Student's Perceptions about Importance of Nursing Care Behaviors: Socialization toward Caring. *J Caring Sci.* 2014;3 (2):93–101. doi: 10.5681/jcs.2014.010
42. Martínez Rodríguez L, Venceslao Pueyo M, Ramió i Jofre A. La crisis de los cuidados: Percepciones del cuidado en los estudiantes de enfermería. *Psicoperspectivas Individuo y Soc.* 2016;15 (3):135–45. doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-777
43. Martín G, Martínez R, Martín M, Nieto M. Acercamiento a las Teorías del Aprendizaje en la Educación Superior. *Uniandes.* 2017;4 (1):48–60.
44. Labra O. Positivismo y constructivismo: un análisis para la investigación social. *Rumbos Ts.* 2013;7:12–21.
45. Brandon A, All AC. Constructivism theory analysis and application to curricula. *Nurs Educ Perspect.* 2010 Mar;31 (2):89–92.
46. Cerezo Bautista AM, Hernández Alvarez J. Formando docentes, una experiencia desde el constructivismo. *Aquichan.* 2008;8 (1):64–73.
47. Heimann C, Prado C, De Moraes RRSP, Vidal G V, Liberal D, Da Silva Oliveira GK, et al. Acquiring nursing knowledge through the constructivist method. *Rev da Esc Enferm.* 2013;47 (4):997–1000. doi: 10.1590/S0080-62342013000400032
48. Piaget J. La equilibración de las estructuras cognitivas : problema central del desarrollo. 3a. ed. Tres Cantos (Madrid) : Siglo Veintiuno; 2012.
49. Garrote Rojas D, Garrote Rojas C, Jiménez Fernández S. Factores influyentes en motivación y estrategias de aprendizaje en los alumnos de grado. *REICE Rev Iberoam sobre Calidad, Efic y Cambio en Educ.* 2016;14.2 (2016):31–44. doi: 10.15366/reice2016.14.2.002
50. Vygotsky LS. Pensamiento y lenguaje. Barcelona: Paidós; 2014.
51. Piña-Jiménez I, Amador-Aguilar R. La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico. *Enfermería Univ.* 2015;12 (3):152–9. doi: 10.1016/j.reu.2015.04.007
52. Rivera Michelena N. Una óptica constructivista en la búsqueda de soluciones pertinentes a

- los problemas de la enseñanza-aprendizaje. *Rev Cuba Educ Medica Super* [Internet]. 2016 [consultado 20 julio 2018];30 (3):609–14. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v30n3/ems14316.pdf>
53. Dewey J, Sáenz Obregón J. *Experiencia y educación*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2004.
 54. Rolfe G. Rethinking reflective education: What would Dewey have done? *Nurse Educ Today*. 2014;34 (8):1179–83. doi: 10.1016/j.nedt.2014.03.006
 55. Ariza MR. El Aprendizaje Experiencial Y Las Nuevas Demandas Formativas. *Rev Antropol Exp*. 2010;8:89–102.
 56. Bandura A. *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. 11a ed. Madrid: Alianza; 2002. 293 p.
 57. Tovar-Moncada M del C, Crespo-Knopfler S. From vicarious learning to reflective learning in the training of professional nursing. Del aprendizaje vicario al aprendizaje reflexivo en la formación profesional de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2015 [consultado 20 julio 2018];23 (2):115–20. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim152i.pdf>
 58. Català Sugrañes AM, López Ester MA, Fuentes Fumarola C. Programa de educación diabetológica infantil basado en la teoría del aprendizaje de Bandura. *Metas Enf*. 2012;15 (4):72–5.
 59. Pascal Lacal PL. Teorías De Bandura Aplicadas al Aprendizaje. *Innovación y Exp Educ*. 2009;1 (22):1–8.
 60. Coram C. Expert Role Modeling Effect on Novice Nursing Students' Clinical Judgment. *Clin Simul Nurs*. 2016;12 (9):385–91. doi: 10.1016/j.ecns.2016.04.009
 61. Arizmendi E, Tapia M, Hernández C. Estilos de aprendizaje en alumnos de la Licenciatura en Enfermería. *Rev Enfermería Docente*. 2016; (105):22–7.
 62. Yang T-C, Hwang G-J, Yang SJ-H. Development of an adaptive learning system with multiple perspectives based on students' learning styles and cognitive styles. *Educ Technol Soc*. 2013;16 (4):185–200. doi: 10.2307/jeductechsoci.16.4.185
 63. Fleming S, McKee G, Huntley-Moore S. Undergraduate nursing students' learning styles: A longitudinal study. *Nurse Educ Today*. 2011;31 (5):444–9. doi: 10.1016/j.nedt.2010.08.005
 64. James S, D'Amore A, Thomas T. Learning preferences of first year nursing and midwifery students: Utilising VARK. *Nurse Educ Today*. 2011;31 (4):417–23. doi: 10.1016/j.nedt.2010.08.008
 65. Alonso, Catalina M. Honey P. *Los estilos de aprendizaje : procedimientos de diagnóstico y mejora*. 8th ed. Bilbao: Mensajero; 2012.
 66. González F, Sáez K, Ramírez J. Learning style profiles and academic improvement in the first year of nursing . *Cienc y Enferm*. 2016;22 (1):87–99. doi: 10.4067/S0717-95532016000100008
 67. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Adv Heal Sci Educ*. 2009;14 (4):595–621. doi: 10.1007/s10459-007-9090-2
 68. Carlson E. Time, trust and reflection: Three aspects of precepting in clinical nursing education. *Nurse Educ Pract*. 2013;13 (4):237–8. doi: 10.1016/j.nepr.2012.10.002
 69. Severinsson E, Sand Å. Evaluation of the clinical supervision and professional development of student nurses. *J Nurs Manag*. 2010;18 (6):669–77. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01146.x
 70. Sandvik A-H, Eriksson K, Hilli Y. Becoming a caring nurse – A Nordic study on students' learning and development in clinical education. *Nurse Educ Pract*. 2014;14 (3):286–92. doi: 10.1016/j.nepr.2013.11.001
 71. Rivera Alvarez LN, Medina Moya JL. The student-nurse pedagogical relationship: A hermeneutic-phenomenological study . *Texto e Context Enferm*. 2017;26 (2). doi: 10.1590/0104-07072017000560016
 72. Bryan VD, Weaver S, Anderson-johnson P, Lindo JML. The effect of interpersonal relationships between nursing students and lecturers on learning outcomes at a Jamaican nursing school. *Caribb J Nurs*. 2013;1 (1):41–8.
 73. Zabalegui A, Cabrera E. New nursing education structure in Spain. *Nurse Educ Today*. 2009 Jul;29 (5):500–4. doi: 10.1016/j.nedt.2008.11.008
 74. Ministerio de Educación y ciencia E. Real Decreto 1393 / 2007 , de 29 de octubre , por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales . *Boletín Oficial del Estado* 2007 p. 1–25.
 75. Ministerio de Ciencia e Innovación E. Orden CIN/2134/2008 por la que se establecen los

- requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales. Boletín Oficial del Estado 2008 p. 31680-3.
76. Fuentes-Pumarola C, Ballester-Ferrando D, Gelabert-Vilella S, Bosch-Farré C, Malagón-Aguilera MC, Rascón-Hernán C, et al. Nursing student and professor perceptions and assessments of the achievement of practicum competencies: A mixed method approach. *Nurse Educ Today*. 2016;45:199-205. doi: 10.1016/j.nedt.2016.08.013
 77. Fernández-Sola C, Granero-Molina J, Márquez-Membrive J, Aguilera-Manrique G, Castro-Sánchez AM. Implantación del nuevo modelo de formación práctico-clínica en Andalucía: una evaluación cualitativa en las titulaciones de Enfermería y Fisioterapia. *Enfermería Clínica*. 2014 Mar;24 (2):136-41. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.09.004
 78. Ministerio de Educación y ciencia E. Real Decreto 1312/2007, de 5 de octubre, por el que se establece la acreditación nacional para el acceso a los cuerpos docentes universitarios. Boletín Oficial del Estado 2007 p. 40653-9.
 79. Consejería de la Presidencia. Acuerdo de 4 de marzo de 2008, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza la modificación del Convenio-Marco suscrito entre las Consejerías de Salud y Educación y Ciencia y las Universidades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2008 p. 7-10.
 80. Hidalgo-Rivera JL, Cárdenas-Jiménez M, Rodríguez-Jiménez S. El tutor clínico. Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. *Enfermería Univ*. 2013 Jul 1;10 (3):92-7.
 81. Wu XV, Enskär K, Pua LH, Heng DGN, Wang W. Clinical nurse leaders' and academics' perspectives in clinical assessment of final-year nursing students: A qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2017 Sep;19 (3):287-93. doi: 10.1111/nhs.12342
 82. Meyers SA. Do Your Students Care Whether you Care About Them? *Coll Teach*. 2009;57 (4):205-10. doi: 10.1080/87567550903218620
 83. Bryan VD, Lindo J, Anderson-Johnson P, Weaver S. Using Carl Rogers' person-centered model to explain interpersonal relationships at a School of Nursing. *J Prof Nurs*. 2015;31 (2):141-8. doi: 10.1016/j.profnurs.2014.07.003
 84. Myers SA. A longitudinal analysis of students' motives for communicating with their instructors. *Commun Educ*. 2017;66 (4):467-73. doi: 10.1080/03634523.2017.1313437
 85. Factor EMR, de Guzman AB. Explicating Filipino student nurses' preferences of clinical instructors' attributes: A conjoint analysis. *Nurse Educ Today*. 2017;55:122-7. doi: 10.1016/j.nedt.2017.05.009
 86. Aghamohammadi-Kalkhoran M, Karimollahi M, Abdi R. Iranian staff nurses' attitudes toward nursing students. *Nurse Educ Today*. 2011;31 (5):477-81. doi: 10.1016/j.nedt.2010.09.003
 87. Freiberg JH, Lamb SM. Dimensions of person-centered classroom management. *Theory Pract*. 2009;48 (2):99-105. doi: 10.1080/00405840902776228
 88. Mariet J. Professional Socialization Models in Nursing. *Int J Nurs Educ*. 2016;8 (3):143-8. doi: 10.5958/0974-9357.2016.00107.0
 89. Zhang Y, Chernaik M, Hallet K. Relationship Issues Among College Nursing Students: Associations With Stress, Coping, Sleep, and Mental Disorders. *Teach Learn Nurs*. 2017;12 (4):246-52. doi: 10.1016/j.teln.2017.06.005
 90. Begum S, Slavin H. Perceptions of "caring" in nursing education by Pakistani nursing students: An exploratory study. *Nurse Educ Today*. 2012;32 (3):332-336. doi: 10.1016/j.nedt.2011.10.011
 91. Pretty MI, González MC, Orrio CN, Jiménez PJ. Competences of clinical teacher nurses, Universidad de Lleida (Spain) and the La Frontera (Chile): Student perception. *Cienc y Enferm*. 2010;16 (2):99-106.
 92. Madhavanprabhakaran GK, Shukri RK, Hayudini J, Narayanan SK. Undergraduate Nursing Students' Perception of Effective Clinical Instructor: Oman. *Int J Nurs Sci*. 2013;3 (2):38-44. doi: 10.5923/j.nursing.20130302.02
 93. Hickey MT. Baccalaureate Nursing Graduates' Perceptions of Their Clinical Instructional Experiences and Preparation for Practice. *J Prof Nurs*. 2010;26 (1):35-41. doi: 10.1016/j.profnurs.2009.03.001
 94. Elcigil A, HY S. Students' opinions about and expectations of effective nursing clinical mentors. *J Nurs Educ*. 2008;47 (3):118-23. doi: 10.3928/01484834-20080301-07
 95. González Escobar DS. Significado del cuidado para estudiantes y profesores del Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro*. 2014;17 (1):77-95. doi: 10.11144/Javeriana.IE17-1.scep

96. Noreña Peña AL, Alcaraz Moreno N, Amador Fierros G, Ramos Sajinchez FJ. The aid relationship in the of teaching and learning. *Cult los Cuid*. 2013;17 (35):106–14. doi: 10.7184/cuid.2013.35.10
97. Sawatzky J-A V., Enns CL, Ashcroft TJ, Davis PL, Harder BN. Teaching Excellence in Nursing Education: A Caring Framework. *J Prof Nurs*. 2009 Sep;25 (5):260–6. doi: 10.1016/j.profnurs.2009.01.017
98. McEnroe-Petitte D. Examining of Caring In Traditional and Non-traditional Nursing Students. *Int J Nurs Clin Pract*. 2015 Oct 16;2 (1):6. doi: 10.15344/2394-4978/2015/148
99. McGregor A. Academic Success, Clinical Failure: Struggling Practices of a Failing Student. *J Nurs Educ*. 2007;46 (11):504–11.
100. King LM, Jackson MT, Gallagher A, Wainwright P, Lindsay J. Towards a model of the expert practice educator – interpreting multi-professional perspectives in the literature. *Learn Heal Soc Care*. 2009 Jun 1;8 (2):135–44.
101. Duffy JR. Quality caring in nursing and health systems implications for clinicians, educators, and leaders . 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2013.
102. McEnroe-Petitte DM. Impact of faculty caring on student retention and success. *Teach Learn Nurs*. 2011;6 (2):80–3. doi: 10.1016/j.teln.2010.12.005
103. Curtis K. Learning the requirements for compassionate practice: Student vulnerability and courage. *Nurs Ethics*. 2014;21 (2):210–23. doi: 10.1177/0969733013478307
104. Labrague LJ. Caring competencies of baccalaureate nursing students of samar state university. *J Nurs Educ Pract*. 2012;2 (4). doi: 10.5430/jnep.v2n4p105
105. Bevis EO, Watson J. Toward a Caring Curriculum: A New Pedagogy for Nursing. 1st. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2000.
106. Beck CT. Caring within nursing education: a metasynthesis. *J Nurs Educ*. 2001;40 (3):101–9.
107. Paterson B, Crawford M. Caring in nursing education: an analysis. *J Adv Nurs*. 1994 Jan;19 (1):164–73.
108. Noddings N. Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education. 2nd ed. Berkeley: University of California Press; 2003.
109. Noddings N. Caring a relational approach to ethics & moral education . 2nd ed. Berkeley: University of California Press; 2013.
110. Chinn PL, Falk-Rafael A. Embracing the Focus of the Discipline of Nursing: Critical Caring Pedagogy. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50 (6):687–94. doi: 10.1111/jnu.12426
111. Kramer D, Hillman SM, Zavala M. Developing a culture of caring and support through a peer mentorship program. *J Nurs Educ*. 2018;57 (7):430–5. doi: 10.3928/01484834-20180618-09
112. Vinales JJ. The mentor as a role model and the importance of belongingness. *Br J Nurs*. 2015;24 (10):532–5. doi: 10.12968/bjon.2015.24.10.532
113. Felstead IS, Springett K. An exploration of role model influence on adult nursing students' professional development: A phenomenological research study. *Nurse Educ Today*. 2016;37:66–70. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.014
114. Wagner AL, Seymour ME. A Model of Caring Mentorship for Nursing. *J Nurses Staff Dev*. 2007;23 (5):201–11. doi: 10.1097/01.NND.0000294926.14296.49
115. Whitehead B, Owen P, Holmes D, Beddingham E, Simmons M, Henshaw L, et al. Supporting newly qualified nurses in the UK: A systematic literature review. *Nurse Educ Today*. 2013;33 (4):370–7. doi: 10.1016/j.nedt.2013.01.009
116. Komaratat S, Oumtanee A. Using a mentorship model to prepare newly graduated nurses for competency. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40 (10):475–80. doi: 10.3928/00220124-20090923-02
117. Giordana S, Wedin B. Innovation Center. Peer mentoring for multiple levels of nursing students. *Nurs Educ Perspect*. 2010;31 (6):394–6.
118. Huybrecht S, Loeckx W, Quaeyhaegens Y, De Tobel D, Mistiaen W. Mentoring in nursing education: Perceived characteristics of mentors and the consequences of mentorship. *Nurse Educ Today*. 2011;31 (3):274–8. doi: 10.1016/j.nedt.2010.10.022
119. Koskinen L, Tossavainen K. Characteristics of intercultural mentoring – a mentor perspective. *Nurse Educ Today*. 2003;23 (4):278–85. doi: 10.1016/S0260-6917 (03)00041-8
120. Barton D, Gowdy M, Hawthorne B. Mentorship programs for novice nurses. *Nurse Lead*. 2005;3 (4):41–4.
121. Chen C-M, Lou M-F. The effectiveness and application of mentorship programmes for recently registered nurses: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2014;22 (4):433–42. doi:

- 10.1111/jonm.12102
122. Baldwin A, Mills J, Birks M, Budden L. Role modeling in undergraduate nursing education: An integrative literature review. *Nurse Educ Today*. 2014;34 (6):e18–26. doi: 10.1016/j.nedt.2013.12.007
123. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou I V., Edet OB, Arulappan J, Tsaras K, et al. Nursing students' perceptions of their instructors' caring behaviors: A four-country study. *Nurse Educ Today*. 2016;41:44–9. doi: 10.1016/j.nedt.2016.03.013
124. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou I V, Edet OB, Arulappan J, Tsaras K. Nursing Students' Perceptions of Their Own Caring Behaviors: A Multicountry Study. *Int J Nurs Knowl*. 2017;28 (4):225–32. doi: 10.1111/2047-3095.12108
125. White S, Stainer L, Cooper K, Waight S. The personal tutor as a role model for students: humanising nursing care. *Br J Nurs*. 2018;27 (1):52–5. doi: 10.12968/bjon.2018.27.1.52
126. Hunter K, Cook C. Role-modelling and the hidden curriculum: New graduate nurses' professional socialisation. *J Clin Nurs*. 2018;27 (15–16):3157–70. doi: 10.1111/jocn.14510
127. Adamski M, Parsons V, Hooper C. Internalizing the concept of caring: An examination of student perceptions when nurses share their stories. *Nurs Educ Perspect*. 2009;30 (6):358–61.
128. Bussard ME, Lawrence N. Role modeling to teach communication and professionalism in prelicensure nursing students. *Teach Learn Nurs*. 2019;14 (3):219–23. doi: 10.1016/j.teln.2019.04.005
129. Waldow VR. Enseñanza de la enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan*. 2009;9 (3):246–56.
130. Gibbs SS, Kulig JC. “We definitely are role models”: Exploring how clinical instructors' influence nursing students' attitudes towards older adults. *Nurse Educ Pract*. 2017;26:74–81. doi: 10.1016/j.nepr.2017.07.006
131. Bland AJ, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2011;31 (7):664–70. doi: 10.1016/j.nedt.2010.10.013
132. Thorp L, Bassendowski S. Caring Values and the Simulation Environment: An Interpretive Description Study Examining Select Baccalaureate Nursing Students' Experiences. *Int J Hum Caring*. 2018 Jul;22 (3):68–81.
133. Kaldheim HKA, Bergland Å, Ølnes MA, Hofstø K, Dihle A, Creutzfeldt J, et al. Use of simulation-based learning among perioperative nurses and students: A scoping review. *Nurse Educ Today*. 2019;73:31–7. doi: 10.1016/j.nedt.2018.09.013
134. Oh P-J, Jeon KD, Koh MS. The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2015;35 (5):6–15. doi: 10.1016/j.nedt.2015.01.019
135. Cant RP, Cooper SJ. Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse Educ Today*. 2017;49:63–71. doi: 10.1016/j.nedt.2018.09.013
136. Warren JN, Luctkar-Flude M, Godfrey C, Lukewich J. A systematic review of the effectiveness of simulation-based education on satisfaction and learning outcomes in nurse practitioner programs. *Nurse Educ Today*. 2016;46:99–108. doi: 10.1016/j.nedt.2016.08.023
137. Adib-Hajbaghery M, Sharifi N. Effect of simulation training on the development of nurses and nursing students' critical thinking: A systematic literature review. *Nurse Educ Today*. 2017;50:17–24. doi: 10.1016/j.nedt.2016.12.011
138. Levett-Jones T, Lapkin S. A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education. *Nurse Educ Today*. 2014;34 (6):58–63. doi: 10.1016/j.nedt.2013.09.020
139. Levett-Jones T, Cant R, Lapkin S. A systematic review of the effectiveness of empathy education for undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2019;75:80–94. doi: 10.1016/j.nedt.2019.01.006
140. Øgård-Repål A, De Presno ÅK, Fossum M. Simulation with standardized patients to prepare undergraduate nursing students for mental health clinical practice: An integrative literature review. *Nurse Educ Today*. 2018;66:149–57. doi: 10.1016/j.nedt.2018.04.018
141. Eggenberger T, Keller K, RC L. Valuing caring behaviors within simulated emergent nursing situations. *Int J Hum Caring*. 2010 Jun;14 (2):23–9.
142. Persaud S, Thornton M. Developing Caring Behaviors in Undergraduate Nursing Students Through Simulation. *Int J Hum Caring*. 2018 Apr;22 (2):26–33. doi: 10.20467/1091-5710.22.2.26

143. Coffman S. Faculty Experiences Teaching Caring in the Simulation Lab. *Int J Hum Caring*. 2016;20 (4):197–201. doi: 10.20467/1091-5710.20.4.197
144. Dove Ward G, Robinson L, Jowers Ware L. The Lived Experience of Nursing Students Participating in High-Fidelity Simulation at a School Grounded in Caring. *Int J Hum Caring*. 2017;21 (4):200–7. doi: 10.20467/HumanCaring-D-17-00027
145. Monsen KA, Le SM, Handler HE, Dean PJ. We Can Be More Caring: A Theory for Enhancing the Experience of Being Caring as an Integral Component of Prelicensure Nursing Education. *Int J Hum Caring*. 2017;21 (1):9–14. doi: 10.20467/1091-5710.21.1.9
146. Hanson J. From me to we: Transforming values and building professional community through narratives. *Nurse Educ Pract*. 2013;13 (2):142–6. doi: 10.1016/j.nepr.2012.08.007
147. Cronin C, Hawthorne C. 'Poetry in motion' a place in the classroom: Using poetry to develop writing confidence and reflective skills. *Nurse Educ Today*. 2019;76:73–7. doi: 10.1016/j.nedt.2019.01.026
148. Richardson C, Percy M, Hughes J. Nursing therapeutics: Teaching student nurses care, compassion and empathy. *Nurse Educ Today*. 2015;35 (5):1–5. doi: 10.1016/j.nedt.2015.01.016
149. Mackintosh-Franklin C. Does nurse education promote caring and compassionate practice? A discussion following documentary review of current and future undergraduate curricula. *Nurse Educ Pract*. 2019;36:121–4. doi: 10.1016/j.nepr.2019.03.013
150. Ceballos Vásquez P, Valenzuela Suazo S, Paravic Klijn T. Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Av en Enfermería*. 2014;32 (2):271–9. doi: 10.15446/av.enferm.v32n2.46231
151. McDonald G, Jackson D, Wilkes L, Vickers MH. A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Educ Today*. 2012;32 (4):378–84. doi: 10.1016/j.nedt.2011.04.012
152. Manning E, Gagnon M. The complex patient: A concept clarification. *Nurs Health Sci*. 2017;19 (1):13–21. doi: 10.1111/nhs.12320
153. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*. 2000;55 (1):5–14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
154. Peterson C, Seligman M. *Character, Strengths and Virtues: a classification handbook*. New York, USA: Oxford University Press; 2004.
155. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Rodríguez-Carvajal R. Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *Int J Nurs Stud*. 2011;48 (4):479–89. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004
156. Silva Peralta YF, Carena Colón MY, Canuto Juárez M. Niveles de engagement y burnout en voluntarios universitarios: Un estudio exploratorio y descriptivo. *Boletín Psicol*. 2013;108:37–58.
157. García-Sierra R, Fernández-Castro J, Martínez-Zaragoza F. Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *J Nurs Manag*. 2016;24 (2):101–11. doi: 10.1111/jonm.12312
158. Bargagliotti AL. Work engagement in nursing: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2012;68 (6):1414–28. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05859.x
159. Dasgupta P. Work Engagement of Nurses in Private Hospitals. *J Health Manag*. 2016;18 (4):555–68. doi: 10.1177/0972063416666160
160. Sohrabizadeh S, Sayfour N. Antecedents and Consequences of Work Engagement Among Nurses. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16 (11). doi: 10.5812/ircmj.16351
161. Bakker AB, Sanz-Vergel AI. Weekly work engagement and flourishing: The role of hindrance and challenge job demands. *J Vocat Behav*. 2013;83 (3):397–409.
162. Vallerand RJ, Mageau GA, Ratelle C, Léonard M, Blanchard C, Koestner R, et al. Les Passions de l'Âme: On Obsessive and Harmonious Passion. *J Pers Soc Psychol*. 2003;85 (4):756–67.
163. White K. Nursing as Vocation. *Nurs Ethics*. 2002 May 1;9 (3):279–90. doi: 10.1191/0969733002ne510oa
164. Luo Z, Bai X, Min R, Tang C, Fang P. Factors influencing the work passion of Chinese community health service workers: an investigation in five provinces. *BMC Fam Pract*. 2014;15 (1):77. doi: 10.1186/1471-2296-15-77
165. Li J, Zhang J, Yang Z. Associations between a Leader's Work Passion and an Employee's Work Passion: A Moderated Mediation Model. *Front Psychol*. 2017;8:1447. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01447
166. Bushardt SC, Beal BD, Young M, Khosla S. Professional nurses and the dark side of work

- passion. *Nurs Manage*. 2016;47 (1):48–52. doi: 10.1097/01.NUMA.0000475628.60011.e
167. García Lerin F, Carrero Planes V, Pinazo Calatayud D. Implicación, Compromiso y Centralidad con el Trabajo ¿Es o no es el mismo concepto?. *J Work Organ Psychol*. 2001;17 (1):109–21.
 168. Malloy DC, Fahey-McCarthy E, Murakami M, Lee Y, Choi E, Hirose E, et al. Finding Meaning in the Work of Nursing: An International Study. *Online journal of issues in nursing*. 2015;20 (3). doi: 10.3912/OJIN.Vol20No03PPT02
 169. Lee S. A concept analysis of 'Meaning in work' and its implications for nursing. *J Adv Nurs*. 2015;71 (10):2258–67. doi: 10.1111/jan.12695
 170. Pavlish C, Hunt R. An Exploratory Study About Meaningful Work in Acute Care Nursing. *Nurs Forum*. 2012;47 (2):113–22. doi: 10.1111/j.1744-6198.2012.00261.x
 171. Tufte P, Clausen T, Nabe-Nielsen K. Client-related work tasks and meaning of work: results from a longitudinal study among eldercare workers in Denmark. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012;85 (5):467–72. doi: 10.1007/s00420-011-0692-x
 172. Gómez-Salgado J, Navarro-Abal Y, López-López MJ, Romero-Martín M, Climent-Rodríguez JA. Engagement, Passion and Meaning of Work as Modulating Variables in Nursing: A Theoretical Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16 (1):108. doi: 10.3390/ijerph16010108
 173. González-García A. Los manuales de formación de la Cruz Roja durante la epidemia de gripe de 1918-1919. *Cult los Cuid*. 2013;17 (36):19–28.
 174. Hernández-Conesa JM. 150 años de la Cruz Roja Española. La acción humanitaria como derecho humano. *Index de Enfermería*. 2014;23 (4):260–3.
 175. Estatutos de Cruz Roja Española. Orden TAS 2800/2007 de 21 de septiembre de 2007. *Boletín Of del Estado*. 2007;234.
 176. Mas-Espejo M, Siles-González J, Pulido-Mendoza R. ¿Qué sabemos de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española? *Metas Enf*. 2015;18 (8):12–9.
 177. Hernández-Conesa JM, Miralles-Sangro MT, Cayuela-Fuentes PS, Segura-López G, Giménez-Andreu M. La formación de las enfermeras de la Cruz Roja Española en el reinado de Alfonso XIII. *Rev Paraninfo Digit [Internet]*. 2014 [citado 28 julio 2018];20. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/060.php>
 178. González García N, Hernández-Conesa JM. Un estudio de los contenidos de los Programas y Manuales de formación de las Enfermeras de la Cruz Roja Española. *Paraninfo Digit [Internet]*. 2014 [citado 28 julio 2018];20. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/277.php>
 179. Reglamento de actividades docentes de la Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja Española. 2010;1–8. Available from: <http://enfermeriadesevilla.org/wp-content/uploads/2018/06/Reglamento-de-Actividad-Docente.pdf>
 180. Nursing's Social Policy Statement: The Essence of the Profession. 3rd ed. American Nurses Association, editor. Silver Spring: American Nurses Association; 2010.
 181. Jasmine T, Smith M. Art, Science, or Both? Keeping the Care in Nursing. *Nurs Clin North Am*. 2009;44 (4):415–21. doi: 10.1016/j.cnur.2009.07.003
 182. Skea D. Deconstructing Caring and Authentic Measurement. *Int J Caring Sci*. 2015;8 (2):427–34.
 183. Watson J. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science. 2nd ed. Nueva York: Springer Publishing Company; 2009.
 184. Papastavrou E, Efstathiou G, Charalambous A. Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: Quantitative systematic review of comparative studies. *J Adv Nurs*. 2011;67 (6):1191–205. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05580.x
 185. Palese A, Tomietto M, Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, Merkouris A, et al. Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: a descriptive and correlational study in six European countries. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43 (4):341–50. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01413.x
 186. Chana N, Kennedy P, Chessell ZJ. Nursing staffs' emotional well-being and caring behaviours. *J Clin Nurs*. 2015;24 (19–20):2835–48. doi: 10.1111/jocn.12891
 187. Nantz S, Hines A. Trauma Patients' Family Members' Perceptions of Nurses' Caring Behaviors. *J Trauma Nurs*. 2015;22 (5):249–54. doi: 10.1097/JTN.0000000000000149
 188. Flynn S. Who cares? A critical discussion of the value of caring from a patient and healthcare professional perspective. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2016;20:28–39. doi:

- 10.1016/j.ijotn.2015.06.001
189. Patiraki E, Karlou C, Efstathiou G, Tsangari H, Merkouris A, Jarosova D, et al. The relationship between surgical patients and nurses characteristics with their perceptions of caring behaviors: a European survey. *Clin Nurs Res*. 2014;23 (2):132–52. doi: 10.1177/1054773812468447
190. Salgado J, Valenzuela S, Saez K. Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. *Cienc y enfermería*. 2015;21 (1):69–79. doi: 10.4067/S0717-95532015000100007
191. Knox JE, Mogan J. Important clinical teacher behaviours as perceived by university nursing faculty, students and graduates. *J Adv Nurs*. 1985;10 (1):25–30.
192. Bergman K, Gaitskill T. Faculty and student perceptions of effective clinical teachers: an extension study. *J Prof Nurs*. 1990 Jan;6 (1):33–44.
193. Fong C, McCauley G. Measuring the nursing, teaching, and interpersonal effectiveness of clinical instructors. *J Nurs Educ*. 1993;32 (7):325–8.
194. Zimmerman L, Westfall J. The development and validation of a scale measuring effective clinical teaching behaviors... "Effective Teaching Clinical Behaviors" (ETCB). *J Nurs Educ*. 1988;27 (6):274–7.
195. Espeland V, Indrehus O. Evaluation of students' satisfaction with nursing education in Norway. *J Adv Nurs*. 2003;42 (3):226–36.
196. Hsu L-L, Hsieh S-I, Chiu H-W, Chen Y-L. Clinical teaching competence inventory for nursing preceptors: Instrument development and testing. *Contemp Nurse A J Aust Nurs Prof*. 2014 Feb;46 (2):214–24. doi: 10.5172/conu.2014.46.2.214
197. Saarikoski M, Isoaho H, Warne T, Leino-Kilpi H. The nurse teacher in clinical practice: developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *Int J Nurs Stud*. 2008;45 (8):1233–7.
198. Chan D. Validation of the Clinical Learning Environment Inventory. *West J Nurs Res*. 2003;25 (5):519–32.
199. Henderson A, Creedy D, Boorman R, Cooke M, Walker R. Development and psychometric testing of the Clinical Learning Organisational Culture Survey (CLOCS). *Nurse Educ Today*. 2010;30 (7):598–602. doi: 10.1016/j.nedt.2009.12.006
200. Henderson A, Eaton E, Burmeister L. Development and preliminary validation of a tool to measure nurses' support for facilitating the learning of others. *Int J Nurs Stud*. 2012;49 (8):1013–16. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.013
201. Chow F, Suen L. Clinical staff as mentors in pre-registration undergraduate nursing education: students' perceptions of the mentors' roles and responsibilities. *Nurse Educ Today*. 2001;21 (5):350–8.
202. Chen Y, Watson R, Hilton A. The structure of mentors' behaviour in clinical nursing education: Confirmatory factor analysis. *Nurse Educ Today*. 2018;68:192–7. doi: 10.1016/j.nedt.2018.06.018
203. Tuomikoski A-M, Ruotsalainen H, Mikkonen K, Miettunen J, Kääriäinen M. Development and psychometric testing of the nursing student mentors' competence instrument (MCI): A cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 2018;68:93–9. doi: 10.1016/j.nedt.2018.05.028
204. Jakubik LD. Development and Testing of the Jakubik Mentoring Benefits Questionnaire Among Pediatric Nurses. *J Nurs Meas*. 2012;20 (2):113–22. doi: 10.1891/1061-3749.20.2.113
205. Tiew LH, Koh CSL, Creedy DK, Tam WSW. Graduate nurses' evaluation of mentorship: Development of a new tool. *Nurse Educ Today*. 2017;54:77–82. doi: 10.1016/j.nedt.2017.04.016
206. Berk RA, Berg J, Mortimer R, Walton-Moss B, Yeo TP. Measuring the effectiveness of faculty mentoring relationships. *Acad Med*. 2005;80 (1):66–71. doi: 10.1097/00001888-200501000-00017
207. Chen H-C, Farmer S, Barber L, Wayman M. Development and Psychometric Testing of the Nursing Student Satisfaction Scale. *Nurs Educ Perspect*. 2012;33 (6):369–73. doi: 10.5480/1536-5026-33.6.369
208. Arslan S, Dinç L. Nursing students' perceptions of faculty members' ethical/unethical attitudes. *Nurs Ethics*. 2017;24 (7):789–801. doi: 10.1177/0969733015625366
209. Whitehead D, Sandiford J. Characteristics of Effective Clinical and Theory Instructors as Perceived by LPN to RN Students and Generic Students in an Associate Degree Nursing Program. *J Heal Occup Educ*. 1997;12 (1).

210. Nguyen VNB, Forbes H, Mohebbi M, Duke M. Development and validation of an instrument to measure nurse educator perceived confidence in clinical teaching. *Nurs Health Sci.* 2017;19 (4):498–508. doi: 10.1111/nhs.12373
211. Ramsburg L, Childress R. An Initial investigation of the Applicability of the Drtyius Skill Acquisition Model to the Professional Development of Nurse Educators. *Nurs Educ Perspect.* 2012;33 (5):312–16.
212. Duffy JR, Hoskins L, Seifert RF. Dimensions of caring: Psychometric evaluation of the caring assessment tool. *Adv Nurs Sci.* 2007;30 (3):235–45. doi: 10.1097/01.ANS.0000286622.84763.a9
213. Duffy JR, Brewer BB. Feasibility of a multi-institution collaborative to improve patient-nurse relationship quality. *J Nurs Adm.* 2011;41 (2):78–83. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182059463
214. Duffy JR, Brewer BB, Weaver MT. Revision and Psychometric Properties of the Caring Assessment Tool. *Clin Nurs Res.* 2014;23 (1):80–93. doi: 10.1177/1054773810369827
215. Sim J, Lapkin S, Joyce J, Gordon R, Kobel C, Fernandez R. A psychometric analysis of the Caring Assessment Tool version V. *Nurs Open.* 2019; (November 2018):286. doi: 10.1002/nop.2.286
216. Ayuso RMF, Velázquez JMM, Ayuso DF, Torre-Montero JC de la. Validation to Spanish of the Caring Assessment Tool (CAT-V). *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25. doi: 10.1590/1518-8345.0920.2965
217. Hughes LC. Development of an instrument to measure caring peer group interactions. *J Nurs Educ.* 1998;37 (5):202–7.
218. Kim J-H, Kong MY, Oh YH. Validity and reliability of the peer group caring interaction Scale-Korean version. *J Korean Acad Nurs.* 2016;46 (3):431–42. doi: 10.4040/jkan.2016.46.3.431
219. Fitriyani RA, Waluyo A. Family acceptance, peer support, and HIV serostatus disclosure of MSM-PLWHA in Medan, Indonesia. *Enfermería Clínica.* 2019. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.099
220. Kuo C-L, Turton MA, Lee-Hsieh J, Tseng H-F, Hsu C-L. Measuring peer caring behaviors of nursing students: Scale development. *Int J Nurs Stud.* 2007;44 (1):105–14.
221. Holland Wade G, Kasper N. Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring: An Instrument Based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. *J Nurs Educ.* 2006;44 (5):162–8.
222. Zamanzadeh V, Shohani M, Palmeh T. Nursing students' perception of instructors' caring behaviors in tabriz university of medical sciences. *J caring Sci.* 2015;4 (1):55–62. doi: 0.5681/jcs.2015.006
223. Meyer G-M, Nel E, Downing C. Basic student nurse perceptions about clinical instructor caring. *Heal SA Gesundheit.* 2016;21:444–52. doi: 10.1016/j.hsag.2016.09.004
224. Ali WG. Caring and effective teaching behavior of clinical nursing instructors in clinical area as perceived by their students. *J Educ Pract.* 2012;3 (7):15–27. A
225. Li J, Zhou L, Zhu D, Hu C, Zhang X, Xu Y. Chinese version of the nursing students' perception of instructor caring (C-NSPIC): Assessment of reliability and validity. *Nurse Educ Today.* 2013;33 (12):1482–9. doi: 10.1016/j.nedt.2013.05.017
226. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou I V, Edet OB, Arulappan J. Impact of Instructors' Caring on Students' Perceptions of Their Own Caring Behaviors. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47 (4):338–46. doi: 10.1111/jnu.12139
227. Arrigoni C, Puci M, Grugnetti AM, Collivasone L, Fenizia E, Borrelli P, et al. Italian version of Nursing Students' Perception of Instructor Caring (I-NSPIC): assessment of reliability and validity. *BMC Med Educ.* 2017;17 (1):218. doi: 10.1186/s12909-017-1032-y
228. Fifer P. Associate Degree Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring. *Teach Learn Nurs.* 2019;14 (2):103–10. doi: 10.1016/j.teln.2018.12.006
229. Durgun Ozan Y, Duman M, Çiçek Ö, Boz İi. The Turkish version of the Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring Scale: An assessment of psychometric properties. *Perspect Psychiatr Care.* 2019;12. doi: 10.1111/ppc.12411
230. García García J, Fiacro Jiménez P, Arnaud Viñas M, Lina Pérez L. Introducción a la metodología de la investigación en ciencias de la salud. México D.F.: McGraw Hill; 2011.
231. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill Education; 2014.
232. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4 edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
233. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de profesionales sanitarios colegiados. [Internet]. 2018 [citado 28 junio 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5625&capsel=5627>

234. López Blanco JA, Carbajo Arias P, Giménez Maroto A, de Jorge Gallego M, Camarero Bernabé C. Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta – Necesidad 2010-2025 [Internet]. 2012 [citado 28 junio 2019]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras \(2010-2025\).pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras (2010-2025).pdf)
235. Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A, Toledo Atucha E, Faulín FJ. Bioestadística amigable. 3rd ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
236. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17 (2):268–74. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x
237. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Cross-cultural adaptation and health questionnaires validation: Revision and methodological recommendations. *Salud Publica Mex.* 2013;55 (1):57–66. doi: 10.1590/S0036-36342013000100009
238. Polit-O'Hara D, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6th ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
239. Grove SK, Gray JR. Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Sexta edic. Burns N, Gray J, editors. Barcelona: Elsevier; 2016.
240. Moseley L, Mead D., Moran L. An empirically-derived clinical placement evaluation tool: a 3-country study. *Nurse Educ Today.* 2004;24 (5):350–6. doi: 10.1016/j.nedt.2004.03.001
241. Serrano-Gallardo P, Martínez-Marcos M, Espejo-Matorrales F, Arakawa T, Magnabosco GT, Pinto IC. Factors associated to clinical learning in nursing students in primary health care: an analytical cross-sectional study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;24. doi: 10.1590/1518-8345.0327.2803
242. Carvajal Valcárcel A, Centeno-Cortés C, Watson R, Martínez García M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar.* 2011;34 (1):63.
243. Lauffer A, Solé L, Bernstein S, Lopes MH, Francisconi CF. Practical aspects for minimizing errors in the cross-cultural adaptation and validation of quality of life questionnaires. *Rev Gastroenterol Mex.* 2013;78 (3):159–76. doi: 10.1016/j.rgmx.2013.01.008
244. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación [Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods]. *Acción Psicológica.* 2014;10 (2):3. doi: 10.5944/ap.10.2.11820
245. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Av en medición.* 2008;6 (1):27–36.
246. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Gutiérrez Núñez M, Mayorga Camus M. Optimal method for content validity. *Rev Cuba Educ Medica Super.* 2015;28 (3):547–58.
247. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investig en Educ Médica.* 2012;1 (2):90–5.
248. Rylance R, Barrett J, Sixsmith P, Ward D. Student nurse mentoring: an evaluative study of the mentor's perspective. *Br J Nurs.* 2017;26 (7):405–9. doi: 10.12968/bjon.2017.26.7.405
249. Ley Orgánica de protección de datos de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado; 1999.
250. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos. *An la Fac Med.* 2001;62 (1):82–4.
251. Polit DF, Beck CT, Owen S V. Focus on research methods: Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Heal.* 2007;30 (4):459–67. doi: 10.1002/nur.20199
252. Oliveira F de, Kuznier TP, Souza CC de, Chianca TCM. Theoretical and methodological aspects for the cultural adaptation and validation of instruments in nursing. *Texto Context - Enferm.* 2018;27 (2):1–13. doi: 10.1590/0104-070720180004900016
253. Mendez Martínez C, Rodon Sepúlveda MA. Introducción al análisis factorial exploratorio. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41 (1):197–207. doi: 10.1016/S0034-7450 (14)60077-9
254. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol.* 2014;30 (3):1151–69. doi: 10.6018/analesps.30.3.199361
255. Kline K. Computing test-reliability. *A Handbook of Test Construction: Introduction to Psychometric Design.* New York: Methuen & Co; 1986.
256. Aerny Perreten N, Domínguez-Berjón MF, Astray Mochales J, Esteban-Vasallo MD, Blanco

- Ancos LM, Lópaz Pérez MÁ. Tasas de respuesta a tres estudios de opinión realizados mediante cuestionarios en línea en el ámbito sanitario. *Gac Sanit*. 2012;26 (5):477–9.
257. Romero-Martín M, Gómez-Salgado J, De La Fuente-Ginés M, Macías-Seda J, García-Díaz A, Ponce-Blandón JA. Assessment of reliability and validity of the Spanish version of the Nursing Students' Perception of Instructor Caring (S-NSPIC). *PLoS One*. 2019;14 (2):1–13. doi: 10.1371/journal.pone.0212803
 258. Manterola C, Otzen T. Los Sesgos en Investigación Clínica. *Int J Morphol*. 2015;33 (3):1156–64. doi: 10.4067/S0717-95022015000300056
 259. García Moyano L, Guerrero Portillo S, Antón Solanas I, Juárez Vela R, Jara Tabueña A, Pellicer García B. Elaboración de un proyecto de investigación. *Rev ROL Enferm*. 2016;39 (2):126–35.
 260. González López JL, Ruiz Hernández P. Investigación cualitativa versus cuantitativa: ¿dicotomía metodológica o ideológica? *Index de Enfermería*. 2011;20 (3):189–93.
 261. Romero-Martín M, Gomez-Salgado J, Robles-Romero JM, Jiménez-Picón N, Gómez-Urquiza JL, Ponce-Blandón JA. Systematic review of the nature of nursing care described by using the Caring Behaviours Inventory. *J Clin Nurs*. 2019;1–13. doi: 10.1111/jocn.15015
 262. Paley J. Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics. *J Adv Nurs*. 2002;40 (1):25–35.
 263. Menéndez EL. Metodología cualitativa: varios problemas y reiteradas omisiones. *Index de Enfermería*. 2012;21 (1–2):62–8.
 264. O'Connell E, Landers M. The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008;24 (6):349–58.
 265. Al-Fayyadh S. Critical care nurse's capacities to express a caring relationship with patients in teaching hospitals. *Indian J Public Heal Res Dev*. 2018;9 (8):277–83. doi: 10.5958/0976-5506.2018.00733.7
 266. Amendolair D. Caring behaviors and job satisfaction. *J Nurs Adm*. 2012;42 (1):34–9. doi: 10.1097/NNA.0b013e31823c18af
 267. Karlou C, Papathanassoglou E, Patiraki E. Caring behaviours in cancer care in Greece. Comparison of patients', their caregivers' and nurses' perceptions. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19 (3):244–50. doi: 10.1016/j.ejon.2014.11.005
 268. Loke JC, Lee KW, Lee BK, Noor AM. Caring behaviours of student nurses: Effects of pre-registration nursing education. *Nurse Educ Pract*. 2015;15 (6):421–9. doi: 10.1016/j.nepr.2015.05.005
 269. Heydari A, Yaghoubinia F, Roudsari RL. The Multidimensional Nature of Relationships: The Perception of Iranian Nursing Students and Educators of the Student-Educator Relationship. *J Nurs Res*. 2016;24 (1):1–8. doi: 10.1097/jnr.0000000000000091
 270. Yaghoubinia F, Heydari A, Latifnejad Roudsari R. Seeking a progressive relationship for learning: A theoretical scheme about the continuity of the student-educator relationship in clinical nursing education. *Japan J Nurs Sci*. 2014;11 (1):65–77. doi: 10.1111/jjns.12005
 271. Hilli Y, Salmu M, Jonsén E. Perspectives on good preceptorship. *Nurs Ethics*. 2014;21 (5):565–75. doi: 10.1177/0969733013511361
 272. Mubeezi MP, Gidman J. Mentoring student nurses in Uganda: A phenomenological study of mentors' perceptions of their own knowledge and skills. *Nurse Educ Pract*. 2017 Sep;26:96–101. doi: 10.1016/j.nepr.2017.07.010
 273. Nyhagen R, Strøm A. Postgraduate students' perceptions of high-quality precepting in critical care nursing. *Nurse Educ Pract*. 2016 Nov;21:16–22. doi: 10.1016/j.nepr.2016.09.002
 274. Fallon A, Chiardha TU, Meaney T, van der Putten D, Brennan M, Chionna JU, et al. Revisiting task orientated care: Oral histories of former student nurses in Ireland (1960–2001). *Nurse Educ Pract*. 2018;29 (September 2017):48–52. doi: 10.1016/j.nepr.2017.11.003
 275. Shahsavari H, Parsa Yekta Z, Houser ML, Ghiyasvandian S. Perceived clinical constraints in the nurse student-instructor interactions: A qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2013;13 (6):546–52. doi: 10.1016/j.nepr.2013.05.006
 276. Cooper J, Courtney-pratt H, Fitzgerald M. Key influences identified by first year undergraduate nursing students as impacting on the quality of clinical placement: A qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2015;35 (9):1004–8. doi: 10.1016/j.nedt.2015.03.009
 277. Rivera Alvarez LN, Medina Moya JL. The student-nurse pedagogical relationship: A hermeneutic-phenomenological study. *Texto e Context Enferm*. 2017;26 (2):1–10. doi: 10.1590/0104-07072017000560016
 278. Wade GH. Professional nurse autonomy: Concept analysis and application to nursing

- education. *J Adv Nurs*. 1999;30 (2):310–8.
279. Teskereci G, Boz İ. "I try to act like a nurse": A phenomenological qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2019;37:39–44. doi: 10.1016/j.nepr.2019.03.009
280. Valiee S, Moridi G, Khaledi S, Garibi F. Nursing students' perspectives on clinical instructors' effective teaching strategies: A descriptive study. *Nurse Educ Pract*. 2016;16 (1):258–62. doi: 10.1016/j.nepr.2015.09.009
281. Jnah AJ, Robinson CB, Dowling D. Mentoring and Self-Efficacy: Implications for the Neonatal Nurse Practitioner Workforce. *Adv Neonatal Care*. 2015;15 (5):3–11. doi: 10.1097/ANC.0000000000000227
282. Hilli Y, Melender H-L, Salmu M, Jonsén E. Being a preceptor-a Nordic qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2014;34 (12):1420–4. doi: 10.1016/j.nedt.2014.04.013
283. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nurs Forum*. 2016;51 (2):79–96. doi: 10.1111/nuf.12128
284. Booth L, Kaylor S. Teaching Spiritual Care Within Nursing Education: A Holistic Approach. *Holist Nurs Pract*. 2018;32 (4):177–81. doi: 10.1097/HNP.0000000000000271
285. Wu L-F, Tseng H-C, Liao Y-C. Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2016;38:36–41. doi: 10.1016/j.nedt.2016.01.001
286. Lewinson LP, McSherry W, Kevern P. Spirituality in pre-registration nurse education and practice: A review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2015;35 (6):806–14. doi: 10.1016/j.nedt.2015.01.011
287. Ross L, van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study. *Nurse Educ Today*. 2014;34 (5):697–702. doi: 10.1016/j.nedt.2013.09.014
288. Ross L, Giske T, van Leeuwen R, Baldacchino D, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2016;36:445–51. doi: 10.1016/j.nedt.2015.10.005
289. Giske T. How undergraduate nursing students learn to care for patients spiritually in clinical studies – a review of literature. *J Nurs Manag*. 2012 Dec 1;20 (8):1049–57. doi: 10.1111/jonm.12019
290. de Fulvio B, Stichler JF, Gallo A-M. Teaching Future Nurses in the Clinical Setting. *JONA J Nurs Adm*. 2015;45 (1):21–7. doi: 10.1097/NNA.0000000000000156
291. Rebeiro G, Edward K, Chapman R, Evans A. Interpersonal relationships between registered nurses and student nurses in the clinical setting—A systematic integrative review. *Nurse Educ Today*. 2015;35 (12):1206–11. doi: 10.1016/j.nedt.2015.06.012
292. Young K, Godbold R, Wood P. Nurses' experiences of learning to care in practice environments: A qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2019;38:132–7. doi: 10.1016/j.nepr.2019.06.012
293. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Baena-Baños M, Romero-Sánchez JM. Efficacy of empathy training in nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*. 2017;59:59–65. doi: 10.1016/j.nedt.2017.08.012
294. Brown KM, Bright LM. Teaching caring and competence: Student transformation during an older adult focused service-learning course. *Nurse Educ Pract*. 2017;27:29–35. doi: 10.1016/j.nepr.2017.08.013
295. Sweet L, Broadbent J. Nursing students' perceptions of the qualities of a clinical facilitator that enhance learning. *Nurse Educ Pract*. 2017;22:30–6. doi: 10.1016/j.nepr.2016.11.007
296. Da Silva LAA, Soder RM, Schimdt SM, Noal HC, Arboit ÉL, De Marco VR. Teacher archetypes: Perceptions of nursing students . *Texto e Context Enferm*. 2016;25 (2). doi: 10.1590/0104-07072016000180014
297. Chan ZCY, Tong CW, Henderson S. Uncovering nursing students' views of their relationship with educators in a university context: A descriptive qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2017;49:110–14. doi: 10.1016/j.nedt.2016.11.020
298. Mikkonen K, Kyngäs H, Kääriäinen M. Nursing students' experiences of the empathy of their teachers: a qualitative study. *Adv Heal Sci Educ*. 2015;20 (3):669–82. doi: 10.1007/s10459-014-9554-0
299. Moretti-Pires RO, Villela-Bueno SM. Nursing faculty-student relationship and issues in the education of nurses for the Brazilian Universal Healthcare System. *Acta Paul Enferm*. 2009 Sep;22 (5):645–51.
300. Kantek F, Gezer N. Faculty members' use of power: midwifery students' perceptions and

- expectations. *Midwifery*. 2010;26 (4):475–9.
301. Chan ZCY, Chien WT, Henderson S. Metaphorical interpretations of the educator-student relationship: An innovation in nursing educational research. *Nurse Educ Pract*. 2018;28:46–53. doi: 10.1016/j.nepr.2017.09.012
 302. Solano Ruiz MC, Siles González J. La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de Enfermería. *Index de Enfermería*. 2013;22 (4):248–52. doi: 10.4321/S1132-12962013000300014
 303. dos Santos EI, Tosoli Gomes AM, Marques SC, Ramos R de S, da Silva AC, de Oliveira FT. Comparative study of representations of professional autonomy produced by first and last-period undergraduate nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25. doi: 10.1590/1518-8345.1919.2927
 304. Arreciado Marañón A, Isla Pera MP. Confusion About Professional Autonomy Among Final-year Nursing Students in Spain. *J Prof Nurs*. 2019;35 (2):147–52. doi: 10.1016/j.profnurs.2018.07.008
 305. Thomson R, Docherty A, Duffy R. Nursing students' experiences of mentorship in their final placement. *Br J Nurs*. 2017;26 (9):514–21. doi: 10.12968/bjon.2017.26.9.514
 306. McSharry E, Lathlean J. Clinical teaching and learning within a preceptorship model in an acute care hospital in Ireland; a qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2017;51:73–80. doi: 10.1016/j.nedt.2017.01.007
 307. Ramsbotham J, Dinh H, Truong H, Huong N, Dang T, Nguyen C, et al. Evaluating the learning environment of nursing students: A multisite cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 2019;79:80–5. doi: 10.1016/j.nedt.2019.05.016
 308. Lovric R, Prlic N, Milutinovic D, Marjanac I, Zvanut B. Changes in nursing students' expectations of nursing clinical faculties' competences: A longitudinal, mixed methods study. *Nurse Educ Today*. 2017;59:38–44. doi: 10.1016/j.nedt.2017.08.013
 309. Ludin SM, Fathullah NMN. Undergraduate nursing students' perceptions of the effectiveness of clinical teaching behaviours in Malaysia: A cross-sectional, correlational survey. *Nurse Educ Today*. 2016;44:79–85. doi: 10.1016/j.nedt.2016.05.007
 310. Melincavage SM. Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. *Nurse Educ Today*. 2011;31 (8):785–9. doi: 10.1016/j.nedt.2011.05.007
 311. Alshahrani Y, Cusack L, Rasmussen P. Undergraduate nursing students' strategies for coping with their first clinical placement: Descriptive survey study. *Nurse Educ Today*. 2018;69:104–8. doi: 10.1016/j.nedt.2018.07.005
 312. Levett-Jones T, Pitt V, Courtney-Pratt H, Harbrow G, Rossiter R. What are the primary concerns of nursing students as they prepare for and contemplate their first clinical placement experience? *Nurse Educ Pract*. 2015;15 (4):304–9. doi: 10.1016/j.nepr.2015.03.012
 313. Hinton J. An exploration of Operating Department Practice students' experiences of placement support during their first perioperative clinical placement. *Nurse Educ Pract*. 2016;16 (1):242–50. doi: 10.1016/j.nepr.2015.09.005
 314. James A, Chapman Y. Preceptors and patients -- the power of two: nursing student experiences on their first acute clinical placement. *Contemp Nurse A J Aust Nurs Prof*. 2009 Dec;34 (1):34–47. doi: 10.5172/conu.2009.34.1.034
 315. Sun F-K, Long A, Tseng YS, Huang H-M, You J-H, Chiang C-Y. Undergraduate student nurses' lived experiences of anxiety during their first clinical practicum: A phenomenological study. *Nurse Educ Today*. 2016 ;37:21–6. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.001
 316. Foley V, Myrick F, Yonge O. Intergenerational conflict in nursing preceptorship. *Nurse Educ Today*. 2013;33 (9):1003–7. doi: 10.1016/j.nedt.2012.07.019
 317. Brown LP. Revisiting our roots: Caring in nursing curriculum design. *Nurse Educ Pract*. 2011 Nov;11 (6):360–4. doi: 10.1016/j.nepr.2011.03.007
 318. Arreciado Marañón A, Isla Pera MP. Contradictory views of nursing care among students at the end of their nursing education. *J Adv Nurs*. 2017;73 (2):410–20. doi: 10.1111/jan.13114
 319. Maben J, Latter S, Clark J. The sustainability of ideals, values and the nursing mandate: evidence from a longitudinal qualitative study. *Nurs Inq*. 2007;14 (2):99–113.
 320. Wilson AME. Application of Heideggerian phenomenology to mentorship of nursing students. *J Adv Nurs*. 2014;70 (12):2910–9. doi: 10.1111/jan.12453
 321. Jokelainen M, Tossavainen K, Jamookeeah D, Turunen H. Seamless and committed collaboration as an essential factor in effective mentorship for nursing students: Conceptions of Finnish and British mentors. *Nurse Educ Today*. 2013;33 (5):437–43. doi:

- 10.1016/j.nedt.2012.04.017
322. Factor EMR, Matienzo ET, de Guzman AB. A square peg in a round hole: Theory-practice gap from the lens of Filipino student nurses. *Nurse Educ Today*. 2017;57:82–7. doi: 10.1016/j.nedt.2017.07.004
323. Scully NJ. The theory-practice gap and skill acquisition: An issue for nursing education. *Collegian*. 2011;18 (2):93–8. doi: 10.1016/j.colegn.2010.04.002
324. Greenway K, Butt G, Walthall H. What is a theory-practice gap? An exploration of the concept. *Nurse Educ Pract*. 2019;34:1–6. doi: 10.1016/j.nepr.2018.10.005
325. Akram AS, Mohamad A, Akram S. The Role of Clinical Instructor in Bridging the Gap between Theory and Practice in Nursing Education. *Int J Caring Sci*. 2018;11 (2):876–82.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1. CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ESTUDIANTES PARTICIPANTES.

EDAD EDAD

SEXO Mujer ☐

Hombre ☐

CURSO ☐ Primero

☐ Segundo

☐ Tercero

☐ Cuarto

ESTADO CIVIL ☐ Soltero/a

☐ Casado/a

☐ Divorciado/a

☐ Viudo/a

¿REALIZAS ALGÚN TRABAJO REMUNERADO DURANTE EL PERIODO ACADÉMICO?

- ☐ Sí, a jornada completa
- ☐ Sí, a media jornada
- ☐ Sí, fines de semana
- ☐ Sí, de manera ocasional
- ☐ No, nunca

NOTA NUMÉRICA DE ACCESO AL GRADO NOTA NUMERICA

¿FUE ENFERMERÍA TU PRIMERA OPCIÓN? ☐ Si ☐ No

TIPO DE CENTRO EDUCATIVO DONDE CURSASTE LOS ESTUDIOS PREVIOS A LA UNIVERSIDAD

- ☐ Público
- ☐ Privado-concertado religioso
- ☐ Privado-concertado laico
- ☐ Privado

VÍA DE ACCESO A LA UNIVERSIDAD:

- ☐ Bachillerato
- ☐ Ciclo formativo superior. Cuál: C.F. SUPERIOR
- ☐ Mayores de 25 años
- ☐ Mayores de 40 años
- ☐ Mayores de 45 años
- ☐ Título universitario. Cuál: TITULO UNIVERSITARIO

CENTRO DE PRÁCTICAS:

- ☐ Hospital privado
- ☐ Hospital público
- ☐ Residencia geriátrica
- ☐ Mutua laboral
- ☐ Centro de salud Atención Primaria
- ☐ Otro. Cuál: OTRO CENTRO

SERVICIO EN EL QUE SE REALIZARON LAS PRÁCTICAS

SERVICIO PRACTICAS

AL EMPEZAR A ESTUDIAR ENFERMERÍA, ¿TENÍAS EXPERIENCIA PREVIA EN CUIDAR DE ALGUIEN?

- ☐ No
- ☐ Si. ¿Qué experiencia? EXPERIENCIA

9.2. ANEXO 2. CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS DOCENTES PARTICIPANTES.

EDAD EDAD

SEXO Mujer ☐

Hombre ☐

Estado civil

- ☐ Soltero/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Viudo/a

¿Cuál es su titulación?

- ☐ ATS
- ☐ Diplomatura en Enfermería
- ☐ Grado en Enfermería
- ☐ Otra: OTRA TITULACION

¿Cuántos años hace que terminó sus estudios de enfermería? AÑOS

¿Cuántos años tiene de experiencia asistencial? AÑOS

¿Cuántos años tiene de experiencia docente? AÑOS

¿Cuántos años lleva tutelando alumnos de enfermería en prácticas? AÑOS

Centro de trabajo

- ☐ Hospital privado
- ☐ Hospital público
- ☐ Residencia geriátrica
- ☐ Mutua laboral
- ☐ Centro de salud Atención Primaria
- ☐ Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja
- ☐ Otro: OTRO CENTRO

SERVICIO SERVICIO

9.3. ANEXO 3. VERSIÓN ORIGINAL DE LA NURSING STUDENTS' PERCEPTIONS OF INSTRUCTOR'S CARING.

Instructions: When you are completing these items, think of your current clinical instructor. Circle the number that best expresses your opinion.

My instructor:

1. Shows genuine interest in patients and their care.
2. Displays kindness to me and others.
3. Instills in me a sense of hopefulness for the future.
4. Makes me feel that I can be successful.
5. Helps me envision myself as a professional nurse.
6. Makes me feel like a failure.
7. Does not believe in me.
8. Cares about me as a person.
9. Respects me as an unique individual.
10. Is attentive to me when we communicate.
11. Inappropriately discloses personal information about me to others.
12. Does not reveal any of his or her personal side.
13. Acknowledges his or her own limitations or mistakes.
14. Makes himself or herself available to me.
15. Clearly communicates his or her expectations.
16. Serves as a trusted resource for personal problem solving.
17. Offers support during stressful times.
18. Accepts my negative feelings, while helping me to see the positive.
19. Allows me to express my true feelings.
20. Discourages independent problem solving.
21. Inspires me to continue my knowledge and skill development.
22. Makes me nervous in the clinical laboratory.
23. Does not trust my judgment in the clinical laboratory.
24. Seems caught up in his or her own priorities, rather than responding to my needs.
25. Makes demands on my time that interfere with my basic personal needs.
26. Focuses on completion of patient care tasks, rather than the patient's needs.
27. Helps me find personal meaning in my experiences.
28. Encourages me to see others' perspectives about life.
29. Helps me understand the spiritual dimensions of life.
30. Is inflexible when faced with unexpected situations (happenings).
31. Uses grades to maintain control of students.

9.4. ANEXO 4. CLINICAL PLACEMENT EVALUATION TOOL.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Entre el equipo y yo hubo buena relación.	1	2	3	4	5
2. Fui tratado/a como parte del equipo.	1	2	3	4	5
3. Tuve una buena relación de trabajo con el preceptor/a.	1	2	3	4	5
4. Mis preguntas fueron contestadas satisfactoriamente.	1	2	3	4	5
5. El equipo me explicó los procedimientos.	1	2	3	4	5
6. Cuanto más puse, más obtuve.	1	2	3	4	5
7. Estuve motivado y con entusiasmo para aprender.	1	2	3	4	5
8. El preceptor/a se mostró con buen sentido del humor.	1	2	3	4	5
9. El preceptor/a me señaló oportunidades de aprendizaje.	1	2	3	4	5
10. El preceptor animó a los estudiantes a preguntar.	1	2	3	4	5
11. Los pacientes recibieron buenos cuidados.	1	2	3	4	5
12. Las enfermeras me informaron acerca de los cuidados que daban a sus pacientes.	1	2	3	4	5
13. El equipo me animó a hacer preguntas.	1	2	3	4	5
14. El preceptor/a estuvo seguro/a de sus habilidades para enseñarme.	1	2	3	4	5
15. El preceptor/a le dio gran importancia a mis necesidades de aprendizaje.	1	2	3	4	5
16. El preceptor/a demostró tener confianza en mí.	1	2	3	4	5
17. El preceptor/a favoreció mi autonomía.	1	2	3	4	5

9.5. ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Proyecto: Relación de cuidado entre los/as docentes y el alumnado del Centro Universitario de Enfermería de Cruz Roja Sevilla

Nos dirigimos a usted en relación con un proyecto de investigación sobre el cuidado que los docentes del del Centro Universitario de Enfermería de Cruz Roja Sevilla transmiten al alumnado a través de sus comportamientos, en las relaciones interpersonales que establecen durante su formación.

Le escribo para invitarle a participar en este estudio, ya que cumple los requisitos necesarios para poder colaborar, como alumno/a profesor/a académico/a o tutor/a clínico/a. Antes de decidir su participación, le pedimos lea atentamente esta información, tomándose el tiempo que considere necesario y preguntando cualquier duda que tenga.

Sus repuestas son anónimas, los cuestionarios que le vamos a proporcionar no recogen ningún rasgo que le identifique personalmente y los datos serán grabados en una base anónima y confidencial a la que solamente tendrá acceso el equipo investigador.

Según la ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, el personal involucrado en el estudio tendrá acceso a sus datos y todos ellos se comprometen a mantener la confidencialidad sobre su identidad. Los resultados de este estudio podrán ser publicados, pero su identidad no será revelada bajo ningún concepto.

Le rogamos que cumplimente los siguientes cuestionarios con sinceridad, su aportación es de extremos valor para nosotros y le agradecemos enormemente su participación. Tras unas breves preguntas demográficas por favor, piense sobre su labor como tutor/a de prácticas clínicas y en la relación que establece con los/as estudiantes de enfermería. Lea las afirmaciones que se exponen a continuación sobre su propio comportamiento y evalúe su grado de acuerdo. Cada afirmación tiene seis respuestas posibles.

Al entregar estos cuestionarios, usted acepta libremente participar en el estudio.

Muchas gracias por su inestimable colaboración.

9.6. ANEXO 6. APROBACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO



Prof. Dra. D^a Nerea Jiménez Picón, Secretaria del Comité de Ética de Investigación del Centro
Universitario de Enfermería Cruz Roja, adscrito a la Universidad de Sevilla,

CERTIFICA

Que este comité ha aprobado el proyecto de investigación propuesto por D^a. Macarena Romero-
Martín, titulado:

El modelo de cuidado transmitido a los estudiantes por parte de los instructores clínicos

Código PI 03/18.

Una vez realizado su análisis y evaluación, se concluye que dicho estudio no presenta ningún tipo de riesgo físico ni psicológico para las personas participantes en el mismo, contando con las adecuadas medidas que garantizan la total confidencialidad, tanto en la recogida de datos como en el tratamiento de los datos, salvaguardándose en todo momento el carácter de participación anónima y voluntaria. La capacidad e los investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Y para que así conste y surta efectos oportunos, lo firmo -en Sevilla a 16 de enero de 2018.

La Secretaria del Comité de Ética


Dra. D^a Nerea Jiménez Picón

Avenida de la Cruz Roja, 1 duplicado – 41009 Sevilla – Tel. 954 350 997 / www.enfermeriadesevilla.org

9.7. ANEXO 7. TRADUCCIÓN DIRECTA DE LA NURSING STUDENTS' PERCEPTIONS OF INSTRUCTOR'S CARING AL ESPAÑOL POR LA TRADUCTORA 1.

Instructions: When you are completing these items, think of your current clinical instructor. Circle the number that best expresses your opinion.

My instructor:

1. Shows genuine interest in patients and their care.
Demuestra verdadero interés en los pacientes y su cuidado.
2. Displays kindness to me and others.
Demuestra amabilidad hacia mí y los demás.
3. Instills in me a sense of hopefulness for the future.
Infunde en mi sensación de esperanza en el futuro.
4. Makes me feel that I can be successful.
Me hace sentir que puedo prosperar.
5. Helps me envision myself as a professional nurse.
Me ayuda a visualizarme como enfermera/o profesional.
6. Makes me feel like a failure.
Me hace sentir como un fracaso.
7. Does not believe in me.
No cree en mí.
8. Cares about me as a person.
Se preocupa por mí como persona.
9. Respects me as an unique individual.
Me respeta como individuo único
10. Is attentive to me when we communicate.
Es atento en nuestras conversaciones.
11. Inappropriately discloses personal information about me to others.
Divulga de manera inapropiada información personal a los demás.
12. Does not reveal any of his or her personal side.
No muestra ninguna visión personal.
13. Acknowledges his or her own limitations or mistakes.
Reconoce sus propias limitaciones y errores.

14. Makes himself or herself available to me.

Está disponible para mí.

15. Clearly communicates his or her expectations.

Comunica de manera clara sus expectativas.

16. Serves as a trusted resource for personal problem solving.

Ejerce como fuente fiable para la resolución de problemas personales.

17. Offers support during stressful times.

Ofrece de apoyo en situaciones estresantes.

18. Accepts my negative feelings, while helping me to see the positive.

Acepta mis sentimientos negativos a la vez que trata de ayudarme a ver el lado bueno.

19. Allows me to express my true feelings.

Me permite expresar mis verdaderos sentimientos.

20. Discourages independent problem solving.

Desanima la resolución independiente de problemas.

21. Inspires me to continue my knowledge and skill development.

Me inspira a continuar con mi desarrollo de conocimientos y habilidades.

22. Makes me nervous in the clinical laboratory.

Me pone nervioso en el ambiente clínico.

23. Does not trust my judgment in the clinical laboratory.

No confía en mi criterio en el ambiente clínico.

24. Seems caught up in his or her own priorities, rather than responding to my needs.

Parece envuelto en sus prioridades en vez de responder mis necesidades.

25. Makes demands on my time that interfere with my basic personal needs.

Requiere exigencias en mi tiempo que interfieren con mis necesidades personales.

26. Focuses on completion of patient care tasks, rather than the patient's needs.

Se enfoca en el cumplimiento de las tareas de cuidado del paciente en vez de las necesidades del paciente.

27. Helps me find personal meaning in my experiences.

Me ayuda a buscar el significado personal en mis experiencias.

28. Encourages me to see others' perspectives about life.

Me motiva a ver otras perspectivas sobre la vida.

29. Helps me understand the spiritual dimensions of life.

Me ayuda a entender el lado espiritual de la vida.

30. Is inflexible when faced with unexpected situations (happenings).

Es inflexible cuando situaciones inesperadas se presentan.

31. Uses grades to maintain control of students.

Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los estudiantes.

9.8. ANEXO 8. TRADUCCIÓN DIRECTA DE LA NURSING STUDENTS' PERCEPTIONS OF INSTRUCTOR'S CARING AL ESPAÑOL POR LA TRADUCTORA 2.

Instructions: When you are completing these items, think of your current clinical instructor. Circle the number that best expresses your opinion.

Instrucciones: al completar estos datos, considere su instructor/a clínico/a actual. Señala con un círculo el número que mejor expresa su opinión.

1. Shows genuine interest in patients and their care.

Muestra verdadero interés por los/las pacientes y sus cuidados.

2. Displays kindness to me and others.

Muestra amabilidad hacia mí y hacia el resto.

3. Instils in me a sense of hopefulness for the future.

Me inculca un sentimiento de esperanza hacia el futuro.

4. Makes me feel that I can be successful.

Me hace sentir que pueda tener éxito.

5. Helps me envision myself as a professional nurse.

Me ayuda a verme como futuro/a enfermero/a

6. Makes me feel like a failure.

Me hace sentir que soy un fracaso.

7. Does not believe in me.

No cree en mí.

8. Cares about me as a person.

Se preocupa por mí como persona.

9. Respects me as an unique individual.

Respeto mi singularidad.

10. Is attentive to me when we communicate.

Es atento/a cuando se comunica conmigo.

11. Inappropriately discloses personal information about me to others.

Revela información personal al resto de forma inapropiada

12. Does not reveal any of his or her personal side.

No revela nada de su esfera personal.

13. Acknowledges his or her own limitations or mistakes.

Reconoce sus propias limitaciones y/o errores.

14. Makes himself or herself available to me.

Está disponible.

15. Clearly communicates his or her expectations.

Comunica sus expectativas de forma clara.

16. Serves as a trusted resource for personal problem solving.

Es de utilidad para resolver problemas personales.

17. Offers support during stressful times.

Ofrece su apoyo en momentos de tensión

18. Accepts my negative feelings, while helping me to see the positive.

Acepta mis sentimientos negativos al mismo tiempo que me ayuda a ver lo positivo.

19. Allows me to express my true feelings.

Me permite expresar mis verdaderos sentimientos.

20. Discourages independent problem solving.

No alienta la resolución de problemas autónoma.

21. Inspires me to continue my knowledge and skill development.

Me inspira para continuar con el desarrollo de mi conocimiento y habilidad.

22. Makes me nervous in the clinical laboratory.

Me pone nervioso/a en el laboratorio clínico.

23. Does not trust my judgment in the clinical laboratory.

No confía en mi juicio en el laboratorio clínico

24. Seems caught up in his or her own priorities, rather than responding to my needs.

Parece centrado/a en sus prioridades más que en mis necesidades.

25. Makes demands on my time that interfere with my basic personal needs.

Solicita actuaciones que interfieren con mis necesidades personales.

26. Focuses on completion of patient care tasks, rather than the patient's needs.

Se centra en completar las tareas de cuidado más que en las necesidades de pacientes.

27. Helps me find personal meaning in my experiences.

Me ayuda a relacionar mis experiencias con su significado personal.

28. Encourages me to see others' perspectives about life.

Me alienta para ver otras perspectivas sobre la vida.

29. Helps me understand the spiritual dimensions of life.

Me ayuda a entender la dimensión espiritual de la vida.

30. Is inflexible when faced with unexpected situations (happenings)?

Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones (sucesos) inesperados.

31. Uses grades to maintain control of students.

Utiliza calificaciones para mantener el control de los/as estudiantes.

9.9. ANEXO 9. VERSIÓN DE SÍNTESIS DE LA NURSING STUDENTS' PERCEPTIONS OF INSTRUCTOR'S CARING.

Instrucciones: al completar estos datos, considere su instructor/a clínico/a actual. Señala con un círculo el número que mejor expresa su opinión.

Mi instructor:

1. Muestra verdadero interés por los/las pacientes y sus cuidados.
2. Muestra amabilidad hacia mí y hacia los/as demás
3. Me infunde un sentimiento de esperanza hacia el futuro
4. Me hace sentir que puedo tener éxito
5. Me ayuda a visualizarme como enfermera/o profesional
6. Me hace sentir que soy un fracaso.
7. No cree en mí
8. Se preocupa por mí como persona
9. Me respeta como persona
10. Es atento/a cuando se comunica conmigo.
11. Revela mi información personal a los/as demás de manera inapropiada
12. No muestra nada de su lado personal
13. Reconoce sus propias limitaciones y/o errores
14. Está a mi disposición cuando es necesario
15. Comunica de forma clara sus expectativas
16. Es de utilidad para resolver problemas personales.
17. Ofrece su apoyo en situaciones de tensión
18. Acepta mis sentimientos negativos al mismo tiempo que me ayuda a ver lo positivo.
19. Me permite expresar mis verdaderos sentimientos
20. No alienta la resolución de autónoma problemas
21. Me inspira para continuar con el desarrollo de mis conocimientos y habilidades.
22. Me pone nervioso/a en el ambiente clínico
23. No confía en mi criterio en el ambiente clínico
24. Parece centrarse en sus prioridades más que en responder a mis necesidades.

- 25. Solicita actuaciones que interfieren con mis necesidades personales.
- 26. Se centra en completar las tareas de cuidado más que en las necesidades de pacientes.
- 27. Me ayuda a buscar el significado personal a mis experiencias
- 28. Me alienta a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida
- 29. Me ayuda a entender la dimensión espiritual de la vida.
- 30. Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones (sucesos) inesperados.
- 31. Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los/as estudiantes.

9.10. ANEXO 10. RETROTRADUCCIÓN DE LA NURSING STUDENTS' PERCEPTIONS OF INSTRUCTOR'S CARING AL INGLÉS POR LA TRADUCTORA 1.

Instrucciones: al completar estos datos, considere su instructor/a clínico/a actual. Señala con un círculo el número que mejor expresa su opinión. Mi instructor:

Instructions: on completing this data, consider your current clinical instructor. Circle the number that best expresses your opinion. My instructor:

1. Muestra verdadero interés por los/las pacientes y sus cuidados.

Demonstrates a true interest in your clients, and their care.

2. Muestra amabilidad hacia mí y hacia los/as demás.

Demonstrates consideration towards me and those around.

3. Me infunde un sentimiento de esperanza hacia el futuro.

Instills in me, a sense of hope for the future.

4. Me hace sentir que puedo tener éxito

Makes me feel that I am able to succeed.

5. Me ayuda a visualizarme como enfermera/o profesional.

Helps me visualise myself as a nurse/professional.

6. Me hace sentir que soy un fracaso.

Makes me feel that I am a failure.

7. No cree en mí.

Does not believe in me.

8. Se preocupa por mí como persona.

Worries about me as a person.

9. Me respeta como persona.

Respects me as a person.

10. Es atento/a cuando se comunica conmigo.

Pays attention when communicating with me.

11. Revela mi información personal a los/as demás de manera inapropiada.

Reveals my personal information inappropriately with others.

12. No muestra nada de su lado personal.

Does not demonstrate their personal side.

13. Reconoce sus propias limitaciones y/o errores.

Recognises their own limitations and/or errors.

14. Está a mi disposición cuando es necesario.

Is available to me when necessary.

15. Comunica de forma clara sus expectativas.

Communicates their expectations of me clearly.

16. Es de utilidad para resolver problemas personales.

Is useful for resolving personal problems.

17. Ofrece su apoyo en situaciones de tensión.

Offers support in stressful situations.

18. Acepta mis sentimientos negativos al mismo tiempo que me ayuda a ver lo positivo.

Accepts my negative feelings at the same time as helping me see the positive.

19. Me permite expresar mis verdaderos sentimientos.

Allows me to express my true feelings.

20. No alienta la resolución autónoma de problemas

Does not encourage me to resolve my own problems.

21. Me inspira para continuar con el desarrollo de mis conocimientos y habilidades.

Inspires me to continue with the development of my own knowledge and abilities.

22. Me pone nervioso/a en el ambiente clínico.

Makes me nervous in a clinical environment.

23. No confía en mi criterio en el ambiente clínico.

Does not have confidence in my criteria in the clinical environment.

24. Parece centrarse en sus prioridades más que en responder a mis necesidades.

Appears to be focused on their priorities rather than respond to my needs.

25. Solicita actuaciones que interfieren con mis necesidades personales.

Requests action that interferes with my personal needs.

26. Se centra en completar las tareas de cuidado más que en las necesidades de pacientes.

Focuses on completing care tasks rather than the needs of the patients.

27. Me ayuda a buscar el significado personal a mis experiencias.

Helps me find the personal significance of my experiences.

28. Me alienta a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida.

Encourages me to see other people's views about life.

29. Me ayuda a entender la dimensión espiritual de la vida.

Helps me understand the spiritual dimension of life.

30. Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones (sucesos) inesperados.

Is inflexible when confronted with unexpected situations.

31. Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los/as estudiantes.

Uses their qualifications in order to keep control over the students.

9.11. ANEXO 11. RETROTRADUCCIÓN DE LA NURSING STUDENTS' PERCEPTIONS OF INSTRUCTOR'S CARING AL INGLÉS POR LA TRADUCTORA 2.

Instrucciones: al completar estos datos, considere su instructor/a clínico/a actual. Señala con un círculo el número que mejor expresa su opinión. Mi instructor:

Instructions: as you answer the questions, consider your actual clinical instructor. Circle the number that best expresses your opinion. My instructor:

1. Muestra verdadero interés por los/las pacientes y sus cuidados.

Shows genuine interest in his/her patients and their care.

2. Muestra amabilidad hacia mí y hacia los/as demás.

Is kind to me and to others.

3. Me infunde un sentimiento de esperanza hacia el futuro.

Makes me feel hopeful about the future.

4. Me hace sentir que puedo tener éxito

Makes me feel I can be successful.

5. Me ayuda a visualizarme como enfermera/o profesional.

Helps me see myself as a professional nurse.

6. Me hace sentir que soy un fracaso.

Makes me feel like I'm a failure.

7. No cree en mí.

Doesn't believe in me.

8. Se preocupa por mí como persona.

Cares about me as a person.

9. Me respeta como persona.

Respects me.

10. Es atento/a cuando se comunica conmigo.

Pays attention to me when we communicate.

11. Revela mi información personal a los/as demás de manera inapropiada.

Reveals my personal information to others inappropriately.

12. No muestra nada de su lado personal.

Doesn't show his/her personal side.

13. Reconoce sus propias limitaciones y/o errores.

Recognizes his/her own limitation and admits when he/she makes mistakes.

14. Está a mi disposición cuando es necesario.

Is available to me when necessary.

15. Comunica de forma clara sus expectativas.

Communicates his/her expectations clearly.

16. Es de utilidad para resolver problemas personales.

Helps me resolve personal problems.

17. Ofrece su apoyo en situaciones de tensión.

Is supportive in tense situations.

18. Acepta mis sentimientos negativos al mismo tiempo que me ayuda a ver lo positivo.

Accepts my negative feelings and helps me see the positive side at the same time.

19. Me permite expresar mis verdaderos sentimientos.

Allows me to express my true feelings.

20. No alienta la resolución autónoma de problemas

Doesn't encourage me to solve problems by myself.

21. Me inspira para continuar con el desarrollo de mis conocimientos y habilidades.

Inspires me to further develop my knowledge and skills.

22. Me pone nervioso/a en el ambiente clínico.

Makes me nervous in a clinical setting.

23. No confía en mi criterio en el ambiente clínico.

Doesn't trust my judgement in a clinical setting.

24. Parece centrarse en sus prioridades más que en responder a mis necesidades.

Seems more interested in his/her priorities than answering my needs.

25. Solicita actuaciones que interfieren con mis necesidades personales.

Asks me to do things that interfere with my personal needs.

26. Se centra en completar las tareas de cuidado más que en las necesidades de pacientes.

Focuses on completing care giving tasks more than taking care of the patient's needs.

27. Me ayuda a buscar el significado personal a mis experiencias.

Helps me to understand what my experiences mean at a personal level.

28. Me alienta a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida.

Encourages me to see other people's outlook on life.

29. Me ayuda a entender la dimensión espiritual de la vida.

Helps me understand the spiritual dimension in life.

30. Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones (sucesos) inesperados.

Is inflexible when confronting unexpected situations.

31. Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los/as estudiantes.

He/she grades us to control his/her students.

9.12. ANEXO 12. VERSIÓN DE CONSOLIDACIÓN DE LA NURSING STUDENTS' PERCEPTIONS OF INSTRUCTOR'S CARING.

Instrucciones: al completar estos datos, considere su instructor/a clínico/a (o profesor/a) actual. Señala con un círculo el número que mejor expresa su opinión. Mi instructor:

1. Muestra verdadero interés por los/las pacientes y sus cuidados.
2. Muestra amabilidad hacia mí y hacia los/as demás
3. Me infunde un sentimiento de esperanza hacia el futuro
4. Me hace sentir que puedo tener éxito
5. Me ayuda a visualizarme como enfermera/o profesional
6. Me hace sentir que soy un fracaso.
7. No cree en mí
8. Se preocupa por mí como persona
9. Me respeta como persona
10. Es atento/a cuando se comunica conmigo.
11. Revela mi información personal a los/as demás de manera inapropiada
12. No muestra nada de su lado personal
13. Reconoce sus propias limitaciones y/o errores
14. Está a mi disposición cuando es necesario
15. Comunica de forma clara sus expectativas
16. Es de utilidad para resolver problemas personales.
17. Ofrece su apoyo en situaciones de tensión
18. Acepta mis sentimientos negativos al mismo tiempo que me ayuda a ver lo positivo.
19. Me permite expresar mis verdaderos sentimientos
20. No alienta la resolución autónoma de problemas
21. Me inspira para continuar con el desarrollo de mis conocimientos y habilidades.
22. Me pone nervioso/a en el ambiente clínico
23. No confía en mi criterio en el ambiente clínico

- 24. Parece centrarse en sus prioridades más que en responder a mis necesidades.
- 25. Solicita actuaciones que interfieren con mis necesidades personales.
- 26. Se centra en completar las tareas de cuidado más que en las necesidades de pacientes.
- 27. Me ayuda a buscar el significado personal a mis experiencias
- 28. Me alienta a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida
- 29. Me ayuda a entender la dimensión espiritual de la vida.
- 30. Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones (sucesos) inesperados.
- 31. Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los/as estudiantes

9.13. ANEXO 13. VERSIÓN PROTOTIPO DE LA NURSING STUDENTS' PERCEPTIONS OF INSTRUCTOR'S CARING.

Instrucciones: al completar estos datos, considere su instructor/a clínico/a actual. Señala con un círculo el número que mejor expresa su opinión. Mi instructor:

1. Muestra verdadero interés por los/las pacientes y sus cuidados.
2. Muestra amabilidad hacia mí y hacia los/as demás.
3. Me infunde un sentimiento de esperanza hacia mi futuro laboral.
4. Me hace sentir que puedo tener éxito en mi carrera profesional.
5. Me ayuda a visualizarme como enfermera/o profesional.
6. Me hace sentir que no soy apto/a para la enfermería.
7. No cree en mí como profesional de enfermería.
8. Se preocupa por mí como persona.
9. Me respeta como persona.
10. Es atento/a cuando se comunica conmigo.
11. Revela mi información personal a los/as demás de manera inapropiada.
12. No muestra nada de su lado personal
13. Reconoce sus propias limitaciones y/o errores.
14. Está a mi disposición cuando es necesario.
15. Comunica de forma clara sus expectativas respecto a los resultados de aprendizaje (qué debo aprender exactamente, cuál es mi rol como estudiantes...).
16. Es de utilidad para resolver problemas personales.
17. Ofrece su apoyo en situaciones de tensión.
18. Acepta mis sentimientos negativos al mismo tiempo que me ayuda a ver lo positivo.
19. Me permite expresar mis verdaderos sentimientos.
20. Alienta la resolución autónoma de problemas.
21. Me inspira para continuar con el desarrollo de mis conocimientos y habilidades.

- 22. Me transmite tranquilidad en el ambiente clínico (prácticas clínicas, talleres de procedimientos, simulación...).
- 23. No confía en mi criterio en el ambiente clínico (prácticas clínicas, talleres de procedimientos, simulación...).
- 24. Parece centrarse en sus prioridades más que en responder a mis necesidades.
- 25. Me pide que lleve a cabo actuaciones que interfieren con mis necesidades personales (ejecutar tareas para aliviar la carga de trabajo de la planta, tareas no propias de la profesión enfermera...).
- 26. Se centra en completar las tareas de cuidado más que en las necesidades propias de los pacientes.
- 27. Me ayuda a buscar el significado personal a mis experiencias.
- 28. Me alienta a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida.
- 29. Me ayuda a entender la dimensión espiritual de la vida.
- 30. Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones (sucesos) inesperados.
- 31. Utiliza las calificaciones para mantener el control sobre los/as estudiantes

9.14. ANEXO 14. VERSIÓN ADAPTADA AL ESPAÑOL DE LA NURSING STUDENTS' PERCEPTIONS OF INSTRUCTOR'S CARING.

Instrucciones: al completar estos datos, considere su instructor/a clínico/a actual. Señala con un círculo el número que mejor expresa su opinión. Mi instructor:

1. Muestra verdadero interés por los/las pacientes y sus cuidados.
2. Muestra amabilidad hacia mí y hacia los/as demás.
3. Me infunde un sentimiento de esperanza hacia mi futuro laboral.
4. Me hace sentir que puedo tener éxito en mi carrera profesional.
5. Me ayuda a visualizarme como enfermera/o profesional.
6. Me hace sentir que no soy apto/a para la enfermería.
7. No cree en mí como profesional de enfermería.
8. Se preocupa por mí como persona.
9. Me respeta como persona.
10. Es atento/a cuando se comunica conmigo.
11. Revela mi información personal a los/as demás de manera inapropiada.
12. Reconoce sus propias limitaciones y/o errores.
13. Está a mi disposición cuando es necesario.
14. Comunica de forma clara sus expectativas respecto a los resultados de aprendizaje (qué debo aprender exactamente, cuál es mi rol como estudiantes...).
15. Es de utilidad para resolver problemas personales.
16. Ofrece su apoyo en situaciones de tensión.
17. Acepta mis sentimientos negativos al mismo tiempo que me ayuda a ver lo positivo.
18. Me permite expresar mis verdaderos sentimientos.
19. Alienta la resolución autónoma de problemas.
20. Me inspira para continuar con el desarrollo de mis conocimientos y habilidades.

- 21. Me transmite tranquilidad en el ambiente clínico (prácticas clínicas, talleres de procedimientos, simulación...).
- 22. No confía en mi criterio en el ambiente clínico (prácticas clínicas, talleres de procedimientos, simulación...).
- 23. Parece centrarse en sus prioridades más que en responder a mis necesidades.
- 24. Me pide que lleve a cabo actuaciones que interfieren con mis necesidades personales (ejecutar tareas para aliviar la carga de trabajo de la planta, tareas no propias de la profesión enfermera...).
- 25. Se centra en completar las tareas de cuidado más que en las necesidades propias de los pacientes.
- 26. Me ayuda a buscar el significado personal a mis experiencias.
- 27. Me alienta a ver las perspectivas de otras personas sobre la vida.
- 28. Me ayuda a entender la dimensión espiritual de la vida.
- 29. Es inflexible cuando se enfrenta a situaciones (sucesos) inesperados.

10. INDICIOS DE CALIDAD

10.1. PUBLICACIONES

10.1.1. Assessment of reliability and validity of the Spanish version of the Nursing Students' Perception of Instructor Caring (S-NSPIC).

Título	ASSESSMENT OF RELIABILITY AND VALIDITY OF THE SPANISH VERSION OF THE NURSING STUDENTS' PERCEPTION OF INSTRUCTOR CARING (S-NSPIC).
Autoría	Romero-Martín M, Gómez-Salgado J, de la Fuente-Ginés M, Macías-Seda J, García-Díaz A, Ponce-Blandón JA.
Referencia	PLoS One. 2019 Feb 28;14 (2): e0212803. DOI:10.1371/journal.pone.0212803.
Revista	PLoS One
Factor de Impacto 2018	2.776
Categoría JCR	Multidisciplinary sciences
Puesto que ocupa en la categoría	24 de 69
Cuartil	Q2
Indexada en	MEDLINE/PubMed (NLM) Agricola Chemical Abstracts Service EMBASE Food Science and Technology Abstracts GeoRef Google Scholar PsycINFO/Psychological Abstracts (APA) SCOPUS (Elsevier) Web of Science (Clarivate Analytics) Zoological Record.

RESEARCH ARTICLE

Assessment of reliability and validity of the Spanish version of the Nursing Students' Perception of Instructor Caring (S-NSPIC)

Macarena Romero-Martín¹, Juan Gómez-Salgado^{2,3*}, Máximo de la Fuente-Ginés⁴, Juana Macías-Seda⁴, Alejandro García-Díaz¹, José Antonio Ponce-Blandón¹

1 Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, University of Seville, Sevilla, Spain, **2** Department of Nursing, University of Huelva, Huelva, Spain, **3** Department of Nursing, University Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador, **4** Department of Nursing, University of Seville, Sevilla, Spain

* jgsalgad@gmail.com



Abstract

The care that clinical instructors demonstrate to students is essential for their education, considering the strong impact it has on their future relationships with patients, relatives, and other health professionals. Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring (NSPIC) is an instrument designed to assess nursing students' perceptions of instructor's caring behaviors. A trans-cultural, conceptual, and psychometric validation study was conducted with 315 nursing students at the University of Seville during their clinical practices in three regional hospitals. The NSPIC was translated and adapted to Spanish. The content validity was established by a panel of experts. To assess concurrent validity the culturally adapted Spanish version of the Clinical Placement Evaluation Tool (CPET) was used as a gold standard. The construct validity was determined by an exploratory factor analysis to identify the internal structure of the NSPIC-S. The internal consistency was established by Cronbach's α and the intra-observer reliability for each item was established by test-retest. The content validity index varied between 0.53 and 0.93 and the correlation to the CPET was moderate. The factor analysis revealed a structure of five factors, one of which differed from the original scale. The value of Cronbach's α was 0.95 and intraclass correlation coefficients varied between 0.5 and 0.89. Our study provided a culturally adapted version of the NSPIC, valid and reliable to be used in the Spanish context, the NSPIC-S.

OPEN ACCESS

Citation: Romero-Martín M, Gómez-Salgado J, de la Fuente-Ginés M, Macías-Seda J, García-Díaz A, Ponce-Blandón JA (2019) Assessment of reliability and validity of the Spanish version of the Nursing Students' Perception of Instructor Caring (S-NSPIC). PLoS ONE 14(2): e0212803. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212803>

Editor: Terry L. Derting, Murray State University, UNITED STATES

Received: November 16, 2018

Accepted: February 9, 2019

Published: February 28, 2019

Copyright: © 2019 Romero-Martín et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the manuscript and its Supporting Information files.

Funding: This work was supported by a grant provided by the University of Seville. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Introduction

Caring is considered the core concept of nursing, the essence that guides nursing theory, practice and research [1]. Since caring is a fundamental value in nursing, the ability to care should be an aspiration for all nursing students [2]. Nursing curricula should be focused on caring and should offer students a general appreciation of caring so that they will be capable of performing their professional roles as caregivers [3]. However, given its subjective, ambiguous and complex nature, teaching the practice of caring is a difficult challenge. According to Watson, care occurs through an inter-subjective and transpersonal relationship, understood as a spiritual interconnection of mutual transformation between the caregiver and the person

being cared for, which transcends both people to affect their realities and enrich their vision of the world [4]. Under this approach, and considering that the instructor-student relationship is based on caring, this relationship could be a valuable opportunity to learn how to care, since both incorporate new experiences and meanings to their spiritual dimension.

The clinical environment should provide appropriate interactions and feedback from the staff in order to improve students' self-esteem and learning capabilities, help them integrate theoretical knowledge in clinical practice and their clinical judgment, and to encourage the development of their professional identity [5,6]. The caring relationship between the instructor and the student is the starting point and foundation for the learning process and for their developing as future professionals [7]. This relationship is based on respect [8,9], trust [10,11], mutual knowledge [10], and acceptance [8]. These values facilitate a safe [9,12], free [11], and supportive [7] relationship that encourages self-confidence [12] and empowerment [11] in the student and allows for a satisfying learning experience [8].

The role of the clinical instructor includes guiding, giving advice, teaching, and being a role model for their students [13]. The clinical instructor, as a role model, has the capacity to influence the student professionally and personally [14], as they imitate the attitudes and behaviors that students observe in their instructors [7,12].

The reciprocal relationship between students and instructors helps students grow as people who care for others, so nursing education is an opportunity to develop, improve, and promote caring behaviors in students [15,16]. Caring for the students teaches them how to care, so that in their interaction with the patient, they repeat the behavior of when they were being cared for by their instructors [11]. The care and respect that students receive from their instructors influence their self-image and drive them to become better caregivers. For this reason, educators should create a learning environment where students feel cared for, since this caring environment is what will mold them as future caregivers [6].

In short, the care that clinical instructors demonstrate to the students is essential for their education, given the strong impact it has on future relationships with patients, relatives, and other health professionals [17]. The assessment of caring behaviors that students perceive from their instructors allows for describing the type of care that they are internalizing.

The Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring (NSPIC) is an instrument designed to measure nursing student's perceptions of their instructors' caring behaviors. This perception was defined as "nursing students' awareness of a mutual and reciprocal connection between the self and the instructor that enables them to reach for meaning and wholeness and grow as caring professional nurses" (Holland Wade and Kasper, 2006, p.164). The study involved a self-completed questionnaire of 31 items grouped into 5 domains: *confidence through caring*, *supportive learning climate*, *appreciation of life's meaning*, *control versus flexibility*, and *respectful sharing*. Each item was evaluated using a Likert scale from 1 to 6. The scale demonstrated high reliability, with a Cronbach α of 0.97 [18] and has been trans-culturally adapted in China [19] and Italy [20].

Objective

To evaluate the validity and reliability of the Spanish version of the NSPIC with nursing students in order to obtain an adequate instrument for assessing the care received from their clinical instructors.

Methodology

Study design and participants

A study of trans-cultural, conceptual and psychometric evaluation was conducted. It is recommended to have at least 10 subjects for each item, which in this case means having a minimum

of 310 participants [21]. In order to be eligible for the study, students must have been enrolled at the University of Seville and must have completed at least one stage of clinical practice. These requirements were met by 360 possible student candidates for the study. The study sample was selected by convenience. It consisted of 315 nursing students from the University of Seville who attended class on the agreed days for the collection of data (participation rate 87.5%). The students carried out their clinical practices at one of the following hospitals: Virgen del Rocío, Virgen Macarena or Virgen de Valme; or at primary healthcare centers of the city of Seville (Spain). A total of 70 students were chosen from the study sample for the test-retest intra-observer reliability assessment. These 70 students were selected for having two compulsory lessons two weeks apart. This was highly convenient for the reliability test, as questionnaires were distributed twice to the same 70 students and their answers were compared. Two weeks is the recommended period of time between the two measures [22]. It should be clarified that attendance at the lessons chosen for the test-retest was mandatory, not so the participation in the study, which was completely voluntary.

Translation process and cultural adaptation

The steps provided in the literature were followed: direct translation, synthesis, back translation, consolidation, and pre-test [22]. Initially, two bilingual translators whose native language was Spanish, a nurse and English philologist, completed a first translation of the NSPIC into Spanish independently. The research team unified the two versions of the translators and received the translators' approval for a first Spanish version of the NSPIC. A back translation into English was completed by two different bilingual translators whose native language was English, with the same background as the previous two, a nurse and a philologist. The back translators worked independently and without the original version of the scale. Both translations were performed in search of conceptual semantic equivalence and paying close attention to both nursing technicalities (spiritual dimension of life, caring needs) and colloquial language (caught up). A multidisciplinary committee was formed by a bilingual expert in methodology, a bilingual expert in nursing theoretical framework, the four translators, and the research team (the authors of the present article: four PhD nurses, one clinical nurse and one lecturer academic nurse). The objective of this committee was to compare the four translations, the unified version obtained by direct translation and the original version, coming to an agreement by consensus regarding ambiguities and discrepancies. The first prototype of NSPIC-S was distributed among a panel of 15 experts who knew in depth the concept of research at an academic and/or professional level, met the characteristics of the users of the scale (nursing students), and had at least 5 years of experience [21]. The panel of experts assessed the clarity of the NSPIC-S prototype and made open comments with suggestions for improvement.

Validity

A valid scale measures the concept for which it has been designed. Content validity refers to the extent to which a measure represents all facets of a given construct, criterion validity refers to the extent to which a measure is related to an outcome, and construct validity refers to the degree to which the results can be related to a measurement of the studied phenomenon [22]. The content validity of the NSPIC-S was assessed by a panel of experts formed by 5 clinical nurses, 5 academic nurses and 5 nursing students. The experts panel evaluated the relevancy and suitability of each survey item on a 4-point Likert scale where 1 meant not relevant, 2 somewhat relevant, 3 moderately relevant, and 4 very relevant. For the criterion validity, a culturally adapted Spanish version of the Clinical Placement Evaluation Tool (CPET) was used as a *gold standard*. The CPET is a scale designed to measure students' evaluation of their clinical

practices. It consists of 17 items that represent three dimensions: *characteristics of the instructor and the process of instructing, team integration, and transmission of information*. Each item is evaluated on a 5-point Likert scale, ranging from 1–5 as total score, in which the lowest score means a more positive perception of the place of clinical practices. The construct validity was determined using exploratory factor analysis to identify the internal structure of the NSPIC-S.

Reliability

Internal consistency was established calculating Cronbach's α for the scale and all its dimensions, and confirmed by the split-half coefficient, for which the items were distributed in two equal halves with the same number of items for each dimension. The intra-observer reliability for each item was established by test-retest.

Procedure

The NSPIC-S and the Spanish version of the CPET were handed out to participants in person. A researcher was present during the collection of data to answer any questions and to ensure rigor and meticulousness in the completion of the questionnaires. The participants were given an additional questionnaire to obtain socio-demographic characteristics. A group of 70 students filled out the NSPIC-S again after two weeks for the test-retest. The answers were recorded anonymously in a database.

Statistical analysis

Descriptive statistics were used to summarize socio-demographic variables. Regarding the expert panel, the Content Validity Index for each item (CVI-I) and the total of the scale (CVI-S) was calculated. The CVI-I was computed as the number of experts who considered the item relevant, this is to say, who rated it as 3 or 4 on the Likert scale, divided by the total number of experts. The CVI-S was calculated as the average of CVI-Is. A CVI-I above 0.78 and a CVI-S above or equal to 0.9 were considered acceptable [21]. Normality distribution was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test, resulting in a value of $p < 0.001$ for the scores of the NSPIC-S and the CPET. In relation to criterion validity, the Spearman correlation coefficient was used for correlating the scores of the NSPIC-S and its subscales and the scores of the CPET gold standard questionnaire and its subscale *characteristics of the instructor*. For the construct validity, an Exploratory Factor Analysis (EFA) was used, a previous verification of the suitability was checked with the Bartlett sphericity test and the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) coefficient. A significance of $p < 0.05$ for the Bartlett test and a value of $KMO > 0.60$ were considered acceptable as recommended in the literature [23]. In the EFA the method of maximum probability for the extraction of data and the Varimax rotation were used. It was considered a significant association when the values of the EFA were above 0.30 [23]. In relation to reliability, the item-total correlation index was calculated, with values above 0.2 considered acceptable [24]. Cronbach's α was used to determine internal consistency with values above 0.7 considered acceptable [25]. The Guttman Split-half coefficient was also considered for reliability confirmation [23]. With the results of the test-retest, the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) was calculated, considering poor correlation values below 0.40 [23]. In all calculations, the computer program SPSS version 16.0 was used.

Ethical considerations

Participants were previously informed about the purpose of the study and they provided informed voluntary written consent. Their information was registered anonymously so it

would not be possible to identify participants' answers. The study was given consent from the directors of the Schools of Nursing, Physical Therapy, and Podiatry of the University of Seville. Authorization was obtained from the authors of the original NSPIC scale and the Spanish version of the CPET for its adaptation and use in this present study. Modification suggested for the S-NSPIC were approved by the authors of the original scale. This research was approved by the Ethic Committee of Research at the Red Cross Nursing School, University of Seville.

Results

Of the 315 surveys collected, 310 were considered valid, and 4 were excluded, since they referred to practices during international exchange, and one for being completed incorrectly. Nursing students who made their clinical practice abroad were excluded because we aimed to validate the NSPIC within the Spanish culture, and their answers would refer to a different context. The final response rate was 98.4%. The socio-demographic characteristics of the participants are shown in Table 1. Sample was predominantly female, mean age 22.38, Standard Deviation 3.53.

Validity

With respect to content validity, all CVI-I values were > 0.78 except for item 12 and item 16 (Table 2).

In relation to criterion validity, the absolute values of the Spearman correlation coefficient varied between 0.536 and 0.725 (Table 3).

Before the EFA, KMO = 0.944 and $p < 0.001$ was achieved in the Bartlett test. The EFA results revealed five factors which accounted for 60.66% of the total variance, and a factor loading above 0.3 in all the items except for items 12 and 31, whose factor loading was 0.29 and 0.26, respectively (Table 4).

The dimension *respectful sharing* was not confirmed, as items 9 and 10 were related to the dimension *confidence through caring*, and item 12 had a factor loading less than 0.3. Compared with the original structure the EFA showed a new factor comprised of items 3, 4, 5 and 15. Some changes from the original tool were identified regarding the components of the dimensions, such as item 8 that is now related to *supportive learning climate*, items 23 and 24 which

Table 1. Sample characteristics (N = 310).

Variables	n	%
Gender		
Female	270	87.9
Male	37	12.1
Level of studies		
Third year	121	39.0
Fourth year	189	61.0
Marital status		
Single	300	98.0
Married	6	2.0
Clinical placement		
Virgen Macarena Hospital	104	34.1
Virgen Rocío Hospital	58	19.0
Virgen Valme Hospital	29	9.5
Primary Health Center	114	37.4
Previous experience in caring		
No	257	83.4
Yes	51	16.6

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212803.t001>

Table 2. Content validity index (CVI-I), intraclass correlation coefficient (ICC) and item-total correlation for NSPIC-S (n = 310).

Item	CVI-I	ICC	Item-total correlation
1. Shows genuine interest in patients and their care.	0.93	0.83	0.63
2. Displays kindness to me and others.	0.93	0.80	0.72
3. Instills in me a sense of hopefulness for the future.	0.87	0.83	0.68
4. Makes me feel that I can be successful.	0.87	0.79	0.69
5. Helps me envision myself as a professional nurse.	0.93	0.82	0.70
6. Makes me feel like a failure.	0.80	0.84	0.30
7. Does not believe in me.	0.80	0.50	0.49
8. Cares about me as a person.	0.87	0.81	0.71
9. Respects me as an unique individual.	0.87	0.78	0.58
10. Is attentive to me when we communicate.	0.87	0.84	0.71
11. Inappropriately discloses personal information about me to others.	0.93	0.72	0.37
12. Does not reveal any of his or her personal side.	0.67	0.54	0.35
13. Acknowledges his or her own limitations or mistakes.	0.87	0.60	0.53
14. Makes himself or herself available to me.	0.93	0.74	0.67
15. Clearly communicates his or her expectations.	0.93	0.68	0.59
16. Serves as a trusted resource for personal problem solving.	0.53	0.78	0.69
17. Offers support during stressful times.	0.93	0.85	0.74
18. Accepts my negative feelings, while helping me to see the positive.	0.87	0.81	0.75
19. Allows me to express my true feelings.	0.87	0.83	0.76
20. Discourages independent problem solving.	0.93	0.75	0.68
21. Inspires me to continue my knowledge and skill development.	0.93	0.89	0.75
22. Makes me nervous in the clinical laboratory.	0.93	0.81	0.74
23. Does not trust my judgment in the clinical laboratory.	0.87	0.66	0.46
24. Seems caught up in his or her own priorities, rather than responding to my needs.	0.87	0.76	0.69
25. Makes demands on my time that interfere with my basic personal needs.	0.80	0.65	0.46
26. Focuses on completion of patient care tasks, rather than the patient's needs.	0.87	0.72	0.53
27. Helps me find personal meaning in my experiences.	0.80	0.84	0.69
28. Encourages me to see others' perspectives about life.	0.80	0.80	0.69
29. Helps me understand the spiritual dimensions of life.	0.87	0.68	0.54
30. Is inflexible when faced with unexpected situations (happenings).	0.80	0.50	0.32
31. Uses grades to maintain control of students.	0.80	0.81	0.11

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212803.t002>

are now loaded in *control vs flexibility*, items 11, 13, 14, 20 and 30 are now included in *confidence through caring*, and item 31 which had a factor loading lower than 0.3.

Reliability

Cronbach's alpha coefficient of the NSPIC-S was 0.951 (Table 4). The Guttman Split-half coefficient was 0.862. The ICC varied between 0.5 and 0.89 and the item-total correlation coefficient values were all higher than 0.2, except for item 31 (Table 2).

Discussion

The results revealed a culturally adapted version of the NSPIC, valid and reliable to be used in the Spanish context, the NSPIC-S. With respect to content validity, items 12 (i.e., *does not*

Table 3. Spearman correlation coefficients between the scores of the NSPIC-S and its subscales and between the CPET gold standard questionnaire and its subscale characteristics of the preceptor.

	Total CPET	Characteristics of the preceptor (CPET subscale)
Total NSPIC-S	-0.725*	-0.715*
Confidence through caring	-0.629*	-0.633*
Supportive learning climate	-0.635*	-0.616*
Appreciation of life's meanings	-0.586*	-0.559*
Control versus flexibility	0.536*	0.547*
Professional anticipation	-0.666*	-0.670*

* $p < 0.001$

Note: Negative values are interpreted as a positive correlation since the scales are graduated inversely.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212803.t003>

reveal any of his or her personal side) and 16 (i.e., serves as a trusted resource for personal problem solving) had an insufficient CVI-I, which represents a disagreement in the relevancy of the item among the panel of experts. Both items refer to an approach at a personal level between the instructor and the student. This discrepancy could be explained if instructor-student relationship is interpreted as learning and growing processes that develop only at a professional level for both. In the power relationship between instructor and student, instructors are aware of their position of superiority [10] which can place a barrier that impedes the instructor-student relationship from advancing in the personal realm. Moreover, the demonstration of procedural-type practical abilities is valued by both, instructors and students [26], which infers instructor-student relationship with more of a professional nature rather than personal. Some authors suggest previous education for students about how to establish professional relationships with instructors to improve the quality of their learning experience [27].

The internal structure of the scale consisted of 5 factors, although there were conceptual differences in the dimensions from the original NSPIC. The dimension *respectful sharing* cannot be considered in the Spanish version since its items are included in dimension *confidence through caring*. Mutual respect is considered a previous requirement in the instructor-student relationship [17]. An environment of respect and trust is the appropriate context in which to start a relationship where the student feels safe, protected, and motivated to learn [9]. Respect is a key element for building an instructor-student relationship and it is part of the expectations of both people [8]. Therefore, because respect is an essential component in the instructor-student relationship, it may be possible that in the present study, *respectful sharing* was not considered a factor of care transmitted by the instructors, but as an intrinsic characteristic tied to the very existence of the relationship.

On the other hand, *confidence through caring* was the most valued dimension in previous studies carried out with the NSPIC [28–32]. Labrague et al. (2015) identified the association between the caring behavior of instructors and students and described the instructors' impact on the students. The results revealed a strong correlation between the dimensions *confidence through caring* and the students' caring behaviors [33]. According to Gibbs and Kuling (2017), instructors can promote students' self-confidence in creating a safe atmosphere, sharing knowledge, and providing feedback. This self-confidence makes the students feel more competent, they participate in a more meaningful way, and they improve in their practices. Furthermore, Heydari et al. (2016) showed that self-confidence in students increased their capacity to develop effective relationships and nursing care in the clinical environment. Álvarez and Moya (2017) noted that self confidence in students instilled by their clinical instructors generated responsibility, freedom, independence, and helped them develop clinical reasoning, make

Table 4. Factor analysis and internal consistency results for NSPIC-S (component loading and Cronbach's alpha coefficient N = 310).

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Confidence through caring (Cronbach's $\alpha = 0.896$)					
9. Respects me as an unique individual.	0.532	0.029	0.365	0.160	-0.219
13. Acknowledges his or her own limitations or mistakes.	0.529	0.243	0.201	0.083	-0.099
2. Displays kindness to me and others.	0.521	0.105	0.430	0.353	-0.201
1. Shows genuine interest in patients and their care.	0.519	0.279	0.209	0.288	-0.110
21. Inspires me to continue my knowledge and skill development.	0.506	0.384	0.248	0.428	-0.152
14. Makes himself or herself available to me.	0.504	0.166	0.423	0.165	-0.268
10. Is attentive to me when we communicate.	0.482	0.109	0.456	0.273	-0.295
11. Inappropriately discloses personal information about me to others.	-0.473	-0.044	-0.015	-0.079	0.205
7. Does not believe in me.	-0.472	-0.049	-0.118	-0.179	0.295
22. Makes me nervous in the clinical laboratory.	0.466	0.235	0.415	0.352	-0.210
20. Discourages independent problem solving.	0.458	0.362	0.285	0.343	-0.078
30. Is inflexible when faced with unexpected situations (happenings).	-0.353	-0.100	-0.042	-0.054	0.132
6. Makes me feel like a failure.	-0.347	0.005	-0.061	-0.077	0.216
Appreciation of life's meanings (Cronbach's $\alpha = 0.888$)					
27. Helps me find personal meaning in my experiences.	0.185	0.781	0.248	0.255	-0.127
28. Encourages me to see others' perspectives about life.	0.205	0.779	0.250	0.246	-0.106
29. Helps me understand the spiritual dimensions of life.	0.066	0.749	0.232	0.177	-0.034
Supportive learning climate (Cronbach's $\alpha = 0.903$)					
19. Allows me to express my true feelings.	0.242	0.399	0.652	0.288	-0.142
16. Serves as a trusted resource for personal problem solving.	0.036	0.441	0.645	0.249	-0.232
18. Accepts my negative feelings, while helping me to see the positive.	0.289	0.406	0.618	0.286	-0.098
17. Offers support during stressful times.	0.437	0.351	0.550	0.157	-0.136
8. Cares about me as a person.	0.254	0.346	0.521	0.308	-0.195
Professional anticipation (Cronbach's $\alpha = 0.852$)					
4. Makes me feel that I can be successful.	0.242	0.239	0.240	0.775	-0.142
3. Instills in me a sense of hopefulness for the future.	0.205	0.348	0.209	0.689	-0.187
5. Helps me envision myself as a professional nurse.	0.298	0.251	0.335	0.658	-0.091
15. Clearly communicates his or her expectations.	0.267	0.306	0.303	0.315	-0.166
Control versus flexibility (Cronbach's $\alpha = 0.741$)					
25. Makes demands on my time that interfere with my basic personal needs.	-0.242	-0.065	-0.086	-0.099	0.678
24. Seems caught up in his or her own priorities, rather than responding to my needs.	-0.332	-0.243	-0.267	-0.214	0.590
26. Focuses on completion of patient care tasks, rather than the patient's needs.	-0.249	-0.327	-0.096	-0.040	0.580
23. Does not trust my judgment in the clinical laboratory.	-0.214	-0.167	-0.186	-0.131	0.389
12. Does not reveal any of his or her personal side.	-0.026	-0.084	-0.214	-0.209	0.294
31. Uses grades to maintain control of students.	-0.132	0.103	-0.010	0.007	0.260
Eigenvalue					
% of variability	41.719	7.216	4.355	3.746	3.630
% of cumulative variability	41.719	48.935	53.289	57.036	60.665

In bold = factor loading above 0.3.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212803.t004>

decisions, and progress towards an autonomous practice. All that is mentioned above reveals the significant relevance of the dimension *confidence through caring* in the instructor-student relationship. This relevance might explain that in the NSPIC-S the dimension *respectful sharing* resulting in this present study, as well as items *inappropriately discloses personal information about me to others*, *acknowledges own limitations or mistakes*, *makes herself/himself*

available to me, discourages independent problem solving and is inflexible when faced with unexpected situations; resulted included in the dimension confidence through caring.

The results of this present study revealed an internal structure that includes a new factor made up of the items *instills in me a sense of hopefulness for the future, makes me feel that I can be successful, helps me to envision myself as a professional nurse and clearly communicates her/his expectations*. This new dimension could be called *professional nurse autonomy* as it refers to the visualization of the student as a nurse and brings awareness to the student's professional potential in independent decision-making roles in defending patient care [34]. These items motivate students to do introspective and visualization exercises that allow them to have faith in themselves as future professionals. The dimension *professional nurse autonomy* refers to getting to know oneself in the professional sense and recognizing positive feelings when having attained an achievement and negative feelings in the face of difficulties, which the instructor helps them to exteriorize and accept. Therefore, the new dimension is related to three of the *Caring Factors* of Jean Watson: *enabling and sustaining faith and hope, sensitivity to self and others and promoting and accepting the expression of positive and negative feelings and emotions* [35]. Positive experiences during clinical practice are an essential element in acculturation into the nursing profession [5]. The dimension *professional nurse autonomy* is supported by studies that show that clinical instructors have a strong influence in the professional socialization of nursing students. Teaching styles and interaction with instructors influences the way in which students immerse themselves socially within the profession [5,36,37].

In addition to modifications in the dimensions of the scale, our results also suggested modification in certain items. Item *cares about me as a person* of dimension *confidence through caring* was part of dimension *supportive learning climate*. This result coincided with the study of trans-cultural adaptation of the NSPIC to Italian [20]. The authors attributed the new location of the item to a lack of differentiation among the two dimensions by students. Support is a basic element of care. The revision carried out by Drahošová and Jarošová (2016) about qualitative studies of nursing care concluded that caring is a specific interpersonal process whose result is protection, emotional support, and attention to the needs of the other person [38]. It is therefore understandable that students' perception of feeling cared for as a person (item 8) was associated with the dimension that refers to a supportive environment.

The items *does not trust my judgement in the clinical laboratory* and *seems caught up in her/his own priorities rather than responding to my needs* were included in dimension *control vs flexibility* in the NSPIC-S. This result coincides with the study of the trans-cultural adaptation of the NSPIC to Chinese [19]. The educational relationship between instructor and student demands a context of mutual trust [9]. This is manifested in what Rivera Álvarez and Medina Moya (2017) called the *virtuous cycle of trust*: the nurse shows trust in the student, and the student imitates and reciprocates this behavior while building self-confidence at the same time, which leads the way to autonomous practice. In other words, the lack of trust in the student can interfere in the development of his/her independence and will require more control of the student's progression from the instructor. This trusting approach could explain the placement of item *does not trust my judgement in the clinical laboratory* in the S-NSPIC.

Item 12 (i.e., *does not reveal any of his or her personal side*) and item 31 (i.e., *uses grades to maintain control of students*) was not associated significantly with any of the dimensions of the scale. In addition, item 12 had an insufficient CVI-I which lacks agreement among the judges of the panel with regard to its relevancy. Item 31 had an item-total correlation coefficient below the acceptable value, which means it is not correlated with the rest of the items of the scale. In the internal organization of the clinical practices in which this study was conducted, it is common for an instructor not to establish final grades for students. Consequently, these grades can not be used as a tool to control, this explains why item 31 result isolated. Upon

evaluating the results and considering that they are not acceptable according to the limits established by the researchers in more than one parameter for items 12 and 31, the research team decided by consensus to omit both items in the final version of the NSPIC-S.

Conclusions

We pursued the trans-cultural adaptation of the NSPIC to the Spanish context. In light of the results, we concluded that the NSPIC-S had satisfactory values of validity and reliability and it was a suitable instrument for the evaluation of students' perception of instructor caring behaviors. The resulting version of the scale consists of 29 items grouped into 5 factors: *confidence through caring* (13 items), *supportive learning climate* (5 items), *appreciation of life meaning* (3 items), *control versus flexibility* (4 items) and *professional nurse autonomy* (4 items). The use of the NSPIC-S in studies that evaluate education in a clinical environment could help in grasping the model of care that students are receiving and the identity of the role they are interiorizing. The results of the studies using the NSPIC-S can help improve educational work of clinical instructors, giving them a deeper understanding and raising their awareness about the impact and scope of the relationship they establish with students and promoting caring behaviors that serve as a learning model. In addition, using the NSPIC-S in future research will allow us to design strategies to improve practices that are in line with the students' perception that contribute to improve learning outcomes.

Limitations

Firstly, the convenience sampling method limited generalization of the results to the Spanish nursing students population. All participants were students at the same university and therefore, may not be representative of the Spanish population of nursing students. Secondly, exploratory factor analysis was used to identify associations between variables when studied in the Spanish cultural context, without considering the original NSPIC structure as a starting point. Because the results describe a structure different from the original, performance of a confirmatory factor analysis is needed to substantiate the structure of the NSPIC-S that we obtained. We recommend further study with a larger population that includes Spanish students from multiple universities to conduct a confirmatory factor analysis. The resulting internal structure would be more reliable and valid for the Spanish context. Thirdly, our study sample was not homogeneous with regard to gender, with a majority of female students and a majority of female staff at the hospitals where the practices were carried out. Performing multicenter randomized studies with a homogeneous sample of participants is recommended.

Supporting information

S1 Text. NSPIC original version in English.
(DOCX)

S2 Text. NSPIC-S transcultural adapted version in Spanish.
(DOCX)

Acknowledgments

We acknowledge Dr. Wade for giving us permission to use and translate the NSPIC into Spanish. We thank Francisco Rivera de los Santos for his inestimable advice on statistics data analysis.

Author Contributions

Conceptualization: Macarena Romero-Martín, Juan Gómez-Salgado.

Data curation: Macarena Romero-Martín, Alejandro García-Díaz.

Formal analysis: Macarena Romero-Martín, Juan Gómez-Salgado, Máximo de la Fuente-Ginés, Juana Macías-Seda, José Antonio Ponce-Blandón.

Investigation: Macarena Romero-Martín.

Methodology: Macarena Romero-Martín, Juan Gómez-Salgado, José Antonio Ponce-Blandón.

Supervision: Macarena Romero-Martín, Juan Gómez-Salgado.

Writing – original draft: Macarena Romero-Martín, Máximo de la Fuente-Ginés, Juana Macías-Seda, Alejandro García-Díaz.

Writing – review & editing: Macarena Romero-Martín, Juan Gómez-Salgado.

References

1. Favero L, Pagliuca LMF, Lacerda MR. Transpersonal caring in nursing: An analysis grounded in a conceptual model. *Rev da Esc Enferm*. 2013; 47: 489–494. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200031>
2. Mlinar S. First-and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours. *Nurs Ethics*. 2010; 17: 491–500. <https://doi.org/10.1177/0969733010364903> PMID: 20610582
3. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Azimzadeh R, Aminaie N, Yousefzadeh S. First and Fourth-Year Student's Perceptions about Importance of Nursing Care Behaviors: Socialization toward Caring. *J Caring Sci*. 2014; 3: 93–101. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.010> PMID: 25276752
4. Watson J. Caring as the essence and science of Nursing and health care. *O Mundo da Saúde*. 2009; 33: 143–149. Available: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf
5. Aghamohammadi-Kalkhoran M, Karimollahi M, Abdi R. Iranian staff nurses' attitudes toward nursing students. *Nurse Educ Today*. 2011; 31: 477–481. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.09.003> PMID: 20926166
6. Factor EMR, de Guzman AB. Explicating Filipino student nurses' preferences of clinical instructors' attributes: A conjoint analysis. *Nurse Educ Today*. 2017; 55: 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.009> PMID: 28575709
7. Hilli Y, Melender H-L, Salmu M, Jonsén E. Being a preceptor—a Nordic qualitative study. *Nurse Educ Today*. Elsevier Ltd; 2014; 34: 1420–4. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.013> PMID: 24801746
8. Heydari A, Yaghoobinia F, Roudsari RL. The Multidimensional Nature of Relationships: The Perception of Iranian Nursing Students and Educators of the Student-Educator Relationship. *J Nurs Res*. Associate Professor, Evidence-Based Care Research Centre, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran: Lippincott Williams & Wilkins; 2016; 24: 1–8. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000091> PMID: 26133003
9. Yaghoobinia F, Heydari A, Latifnejad Roudsari R. Seeking a progressive relationship for learning: A theoretical scheme about the continuity of the student-educator relationship in clinical nursing education. *Japan J Nurs Sci*. 2014; 11: 65–77. <https://doi.org/10.1111/jjns.12005> PMID: 24460603
10. Nyhagen R, Strøm A. Postgraduate students' perceptions of high-quality precepting in critical care nursing. *Nurse Educ Pract*. Elsevier Ltd; 2016; 21: 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.09.002> PMID: 27676098
11. Rivera Alvarez LN, Medina Moya JL. The student-nurse pedagogical relationship: A hermeneutic-phenomenological study. *Texto e Context Enferm*. 2017; 26. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000560016>
12. Gibbs SS, Kulig JC. "We definitely are role models": Exploring how clinical instructors' influence nursing students' attitudes towards older adults. *Nurse Educ Pract*. Elsevier Ltd; 2017; 26: 74–81. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.07.006> PMID: 28755612
13. Mubeezi MP, Gidman J. Mentoring student nurses in Uganda: A phenomenological study of mentors' perceptions of their own knowledge and skills. *Nurse Educ Pract*. Elsevier Ltd; 2017; 26: 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.07.010> PMID: 28787631

14. Meyers SA. Do Your Students Care Whether you Care About Them? Coll Teach. Routledge; 2009; 57: 205–210. <https://doi.org/10.1080/87567550903218620>
15. Sandvik A-H, Eriksson K, Hilli Y. Becoming a caring nurse—A Nordic study on students' learning and development in clinical education. Nurse Educ Pract. Elsevier; 2014; 14: 286–292. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.11.001> PMID: 24290731
16. Sawatzky JA V, Enns CL, Ashcroft TJ, Davis PL, Harder BN. Teaching Excellence in Nursing Education: A Caring Framework. J Prof Nurs. 2009; <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.01.017> PMID: 19751929
17. Hilli Y, Salmu M, Jonsén E. Perspectives on good preceptorship. Nurs Ethics. 2014; 21: 565–575. <https://doi.org/10.1177/0969733013511361> PMID: 24380890
18. Holland Wade G, Kasper N. Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring: An Instrument Based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. J Nurs Educ. 2006; 44: 162–168.
19. Li J, Zhou L, Zhu D, Hu C, Zhang X, Xu Y. Chinese version of the nursing students' perception of instructor caring (C-NSPIC): Assessment of reliability and validity. Nurse Educ Today. 2013; 33: 1482–1489. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.05.017> PMID: 23790749
20. Arrigoni C, Puci M, Grugnetti AM, Collivasone L, Fenizia E, Borrelli P, et al. Italian version of Nursing Students' Perception of Instructor Caring (I-NSPIC): assessment of reliability and validity. BMC Med Educ. 2017; 17: 218. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1032-y> PMID: 29149842
21. Sousa VD, Rojjanasirirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. J Eval Clin Pract. 2011; 17: 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x> PMID: 20874835
22. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Cross-cultural adaptation and health questionnaires validation: Revision and methodological recommendations. Salud Publica Mex. 2013; 55: 57–66. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100009> PMID: 23370259
23. Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A, Toledo Atucha E, Faulín FJ. Bioestadística amigable. 3rd ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
24. Kline K. Computing test-reliability. A Handbook of Test Construction: Introduction to Psychometric Design. New York: Methuen & Co; 1986.
25. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4 edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
26. Shahsavari H, Parsa Yekta Z, Houser ML, Ghiyasvandian S. Perceived clinical constraints in the nurse student–instructor interactions: A qualitative study. Nurse Educ Pract. Elsevier Ltd; 2013; 13: 546–552. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.05.006> PMID: 23791775
27. Cooper J, Courtney-pratt H, Fitzgerald M. Key influences identified by first year undergraduate nursing students as impacting on the quality of clinical placement: A qualitative study. Nurse Educ Today. 2015; 35: 1004–1008. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.009> PMID: 25828091
28. Ali WG. Caring and effective teaching behavior of clinical nursing instructors in clinical area as perceived by their students. J Educ Pract. 2012; 3: 15–27. Available: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JEP/article/view/1845/29915>
29. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou I V, Edet OB, Arulappan J, Tsaras K, et al. Nursing students' perceptions of their instructors' caring behaviors: A four-country study. Nurse Educ Today. 2016; 41: 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.013> PMID: 27138481
30. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou I V, Edet OB, Arulappan J, Tsaras K. Nursing Students' Perceptions of Their Own Caring Behaviors: A Multicountry Study. Int J Nurs Knowl. Wiley-Blackwell Publishing; 2015; <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12108> PMID: 26364825
31. Meyer G-M, Nel E, Downing C. Basic student nurse perceptions about clinical instructor caring. Heal SA Gesondheid. Elsevier Ltd; 2016; 21: 444–452. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.09.004>
32. Zamanzadeh V, Shohani M, Palmeh T. Nursing students' perception of instructors' caring behaviors in tabriz university of medical sciences. J caring Sci. 2015; 4: 55–62. <https://doi.org/10.5681/cs.2015.006> PMID: 25821759
33. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou I V, Edet OB, Arulappan J. Impact of Instructors' Caring on Students' Perceptions of Their Own Caring Behaviors. J Nurs Scholarsh. Blackwell Publishing Ltd; 2015; 47: 338–46. <https://doi.org/10.1111/jnu.12139> PMID: 25959595
34. Wade GH. Professional nurse autonomy: Concept analysis and application to nursing education. J Adv Nurs. 1999; 30: 310–318. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01083.x> PMID: 10457232
35. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto Context—Enferm. 2007; 16: 129–135. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>

36. Ewertsson M, Bagga-Gupta S, Blomberg K. Nursing students' socialisation into practical skills. *Nurse Educ Pract.* 2017; 27: 157–164. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.09.004> PMID: [28917136](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28917136/)
37. Mariet J. Professional Socialization Models in Nursing. *Int J Nurs Educ.* Sharma Dr. R.K.; 2016; 8: 143–148. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2016.00107.0>
38. Drahošová L, Jarošová D. CONCEPT CARING IN NURSING. *Cent Eur J Nurs Midwifery.* 2016; 7: 453–460. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2016.07.0014>

10.1.2. Systematic review of the nature of nursing care described by using the Caring Behaviours Inventory.

Título	SYSTEMATIC REVIEW OF THE NATURE OF NURSING CARE DESCRIBED BY USING THE CARING BEHAVIOURS INVENTORY.	
Autoría	Romero-Martín M, Gómez-Salgado J, Robles-Romero JM, Jiménez-Picón N, Gómez-Urquiza JL, Ponce-Blandón JA.	
Referencia	J Clin Nurs. 2019; 00: 1– 13. https://doi.org/10.1111/jocn.15015	
Revista	Journal of Clinical Nursing	
Factor de Impacto 2018	1.757	
Categoría JCR	Nursing SCIE	Nursing SSCI
Puesto que ocupa en la categoría	28 de 120	25 of 118
Cuartil	Q1	Q1
Indexada en	Abstracts in Anthropology (Sage) Abstracts in Social Gerontology (EBSCO Publishing) Academic Search (EBSCO Publishing) Academic Search Alumni Edition (EBSCO Publishing) Academic Search Elite (EBSCO Publishing) Academic Search Premier (EBSCO Publishing) AgeLine Database (EBSCO Publishing) British Nursing Database (ProQuest) CINAHL: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (EBSCO Publishing) Current Contents: Social & Behavioral Sciences (Clarivate Analytics) Health Research Premium Collection (ProQuest) Health Source Nursing/Academic (EBSCO Publishing) HEED: Health Economic Evaluations Database (Wiley-Blackwell) Hospital Premium Collection (ProQuest) Journal Citation Reports/Science Edition (Clarivate Analytics) Journal Citation Reports/Social Science Edition (Clarivate Analytics) MEDLINE/PubMed (NLM) Nursing & Allied Health Database (ProQuest) ProQuest Central (ProQuest) PsycINFO/Psychological Abstracts (APA) PubMed Dietary Supplement Subset (NLM) Science Citation Index Expanded (Clarivate Analytics) SCOPUS (Elsevier) Social Sciences Citation Index (Clarivate Analytics)	

Systematic review of the nature of nursing care described by using the Caring Behaviours Inventory

Macarena Romero-Martín MHS, RN, Lecturer¹  | Juan Gómez-Salgado PhD, MHS, RN, Assistant Professor^{2,3}  | José Miguel Robles-Romero PhD, MHS, RN, Lecturer⁴ | Nerea Jiménez-Picón PhD, MHS, RN, Lecturer¹ | José Luis Gómez-Urquiza PhD, MHS, RN, Lecturer⁵ | José Antonio Ponce-Blandón PhD, MHS, RN, Head of School of Nursing¹

¹Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, University of Seville, Sevilla, Spain

²Department of Sociology, Social Work and Public Health, University of Huelva, Huelva, Spain

³Safety and Health Postgraduate Program, University Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador

⁴Department of Nursing, Facultad de Enfermería, University of Huelva, Huelva, Spain

⁵Department of Nursing, Facultad de Ciencias de la Salud, Parque Tecnológico de Ciencias de la Salud, University of Granada, Granada, Spain

Correspondence

Juan Gómez-Salgado, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva, Campus El Carmen, Avda/ Tres de Marzo s/n, 21071, Huelva, Spain.
Email: jgsalgad@gmail.com

Abstract

Aim: To describe the nature of care received by patients measured through the Caring Behaviours Inventory.

Background: Professional nursing practice combines two dimensions of caring: instrumental care and expressive care. Instrumental care focuses on physical health needs, in terms of efficiency and employs interventions based on evidence. Expressive care is patient-centred and based on the interpersonal relationship. It requires caring attitudes that include respect, kindness, sensitivity and patience. The Caring Behaviours Inventory is a tool designed to assess the care expressed through the behaviours nurses perform, contextualised within the Jean Watson's Theory of Human Caring.

Methods: A systematic review following PRISMA recommendations. Scopus, PubMed and CINAHL databases were consulted using the keywords "Caring Behaviours Inventory" AND "Nursing". The Joanna Briggs Institute tool was used for the quality appraisal. A conceptual analysis and a thematic synthesis were performed for data extraction.

Results: 11 articles were selected. Three categories were identified: nature of caring, congruence between perceived care by patients and nurses, and factors associated with the expression of care.

Discussion: An emphasis on care of an instrumental nature was identified. The perception of patients differs from that of nurses, patients perceive a lower level of expressive caring than the one nurses believe to deliver. Caring behaviours are affected by the working environment, nurses' emotional intelligence and coping skills, and socio-demographic characteristics.

Conclusion: This paper described the findings of previous research regarding the nature of care that is transmitted and received in clinical practice. Results highlight an emphasis on the instrumental aspect of the nursing care according to the patients' perception.

Relevance to clinical practice: Findings summarised in this review could contribute to a better understanding of the nursing care. Results reported in this paper could also help to improve the quality of care delivered by nurses as well as patient-centeredness.

KEY WORDS

Caring Behaviours Inventory, nurse–patient relations, nursing care, systematic review

1 | INTRODUCTION AND BACKGROUND

For decades, caring has played a crucial role in nursing, being considered as its essence and its epicentre. Thus, caring is considered the foundation of nursing and this is evident in the nursing practice, nursing theories, the academic curriculum and in the ethical perspective of the nurse–patient relationship (Watson, 2009). As the foundation of the nursing discipline, caring has been widely studied and there are myriad works devoted to this concept. Despite this, its multiple interpretations prevent an agreement in terms of conceptualisation (Urra, Jana, & García, 2011).

Care is described as a complex phenomenon that is culturally constructed from the experience of each individual. Its complexity lies in the multitude of meanings attributed to this experience (Sargent, 2012). Recent conceptual reviews on the activity of caring have contributed to the development of this concept. Söderlund describes caring as a significant experience of communion in which dignity and well-being prevail, following the relief of suffering (Söderlund, 2013). According to Finfgeld-Connett, this caring bond requires professional maturity and moral commitment on the part of the nurses, and on the part of the patients, a need for care and a willingness to be cared for are required (Finfgeld-Connett, 2008). Other authors propose new interpretations of the concept of caring, considering it a fluid and circumstantial discourse of nursing practice rather than a stable central concept that guides it (Sargent, 2012), or an “umbrella” concept that collects a variety of ideas, attitudes and actions, thus being more convenient to focus the study on its attributes (Cook & Peden, 2017). Caring has also been described as a set of displayed behaviours showed in the nurse–patient relationship which include knowledge, skills and specific attitudes (Leyva, Peralta, Tejero, & Santos, 2015). Caring behaviours can be described as specific, recognisable and observable actions performed by nursing professionals, which cause an impression on patients and on which they rely to judge whether they feel cared for or not (Clark, 2016).

1.1 | The Caring Behaviours Inventory assessment tool

The Caring Behaviours Inventory (CBI) is a tool designed to assess the care expressed through the behaviours that nurses perform, contextualised within Jean Watson's Theory of Human Caring. For Watson, caring is a moral imperative and the ethical foundation of the nursing discipline, which involves a system of values such as altruism, sensibility, empathy, love, trust, faith and hope (Watson,

Summary box

- The perception of care within the nurse–patient relationship is high.
- The perceived care in the nurse–patient relationship is primarily of an instrumental nature against expressive care.
- Nurses rated their caring behaviours higher than patients did.

What does this paper contribute to the wider global clinical community?

- This work represents a descriptive contribution to the concept of nursing caring.
- Knowing the patients' perception of care can facilitate the development of individualised care plans aimed at what patients expect from nurses rather than their own assumptions.
- Identifying the areas of improvement in nursing behaviours that transmit care can help in improving quality of care and patient-centeredness.

2008). According to Watson, caring develops in the spiritual and phenomenological field of people through a transpersonal relationship in which the subjective realities of the patient and the nurse interact and transform to broaden their vision of the world in search of body–soul–spirit harmony. The Jean Watson's Theory of Human Caring prioritises the emotional aspects of caring. Nursing is not only “doing”, simply performing instrumental tasks, but a conscious and intentional form of “being”. Nursing practice is about meeting patients' needs and creating healing environments while establishing caring relationships, to meet patients' expectations of wholeness and spiritual connections for their health and well-being (Watson, 2009).

Wolf used Watson's Theory of Human Caring as the theoretical framework for developing the CBI. The definition of care which underlies the CBI tool is an interactive and intersubjective process that occurs during moments of shared vulnerability between nurse and patient, and that is both self- and other-directed (Wolf, 1986). This tool was developed for the first time by Wolf in 1986. Taking the nursing literature as a starting point, Wolf drew up a list of actions and attitudes associated with care, which was subjected to a psychometric

validation study involving both nurses and patients (Wolf, 1986). These behaviours were grouped into four dimensions: *assurance of human presence* (availability to answer to the needs of patients while maintaining their safety), *professional knowledge and skill* (demonstration of nursing knowledge and skills competence), *respectful deference to others* (respect for the dignity of the person) and *positive connectedness* (provide prompt ongoing support; Wu, Larrabee, & Putman, 2006). Caring Behaviours Inventory consists of a list of 42 nursing behaviours, and participants assess care associated with a series of statements through a Likert-type scale of six points.

In order to reduce response burden and research costs, psychometric researches including factor analyses have been conducted to obtain a reduced version of the scale of 24 items (Wu et al., 2006) and six items (Coulombe, Yeakel, Maljanian, & Bohannon, 2002), and it has also been adapted for the elderly population (Wolf, Zuzelo, Goldberg, Crothers, & Jacobson, 2005). The CBI, in all its versions, is a solid tool for the measurement of the nursing care transmitted through behaviours since it has shown content and construct validity, internal consistency and reliability (Coulombe et al., 2002; Wolf, 1986; Wolf et al., 2005; Wu et al., 2006). It is a suitable instrument for the assessment of care by professionals and patients, so it can be used to compare the care nursing professionals believe to transmit in a self-assessment exercise and the one perceived by patients (Wu et al., 2006).

Watson argues that as it is the nuclear element of the nursing profession, caring should permeate all nursing interventions (Watson, 2009). Nursing practice includes two key elements: the provision of quality care while safeguarding the safety of the patient, and the passionate care which includes the necessary psychological and emotional support (Scott, Matthews, & Kirwan, 2014). Thus, professional practice combines two dimensions of caring: instrumental caring and expressive caring. The two dimensions are equally necessary for a holistic care. Patients demand both technical attention to their needs as well as attention to the expression of their feelings and respect for their values (Scott et al., 2014). Therefore, nurses must balance instrumental and expressive care for a comprehensive approach towards patients.

Instrumental caring is action orientated and aims to meet physical health needs. It focuses on what nurses do in terms of efficiency and evidence-based interventions. Expressive care is patient-centred and based on the interpersonal relationship development between nurse and patient. It requires caring attitudes that show respect, kindness, sensitivity and patience (Sherwood, 1995). Instrumental care focuses on activities that promote physical well-being, and expressive care on addressing the psychosocial needs, inspiring hope and trust in the healing process (Loke, Lee, Lee, & Noor, 2015). The nursing practice needs to combine both elements for quality care adapted to the needs and expectations of patients.

Taking into account the CBI dimensions, it could be considered that *assurance of human presence* and *professional knowledge and skill* are related to instrumental care, as well as *respectful deference to others* and *positive connectedness* are linked to expressive care. The CBI could be used to assess the perception of caring when aiming to identify a focus on the instrumental or expressive care.

Lapum et al. (2012) noticed that the current health care reality is complex, with a high instrumental care orientation and technological presence, which may affect the relationships established with patients (Lapum et al., 2012). Papastavrou et al. (2012a) claimed that low nurse–patient ratio, work overload and work pressure might force nurses to prioritise the implementation of delegated tasks and instrumental procedures, leaving aside the psychosocial and emotional needs of the patient. According to Leyva et al. (2015), nurses' expressions of care perceived by patients are related to patient satisfaction, so the more care they perceive, the more satisfied they are with the nursing care. For Scott et al. (2014), the type of care that patients expect demands both psycho-emotional competences of humanised care and technical and procedural skills. In the light of this scenario, nurses might ask themselves if the nursing care patients receive meets this double instrumental and expressive expectation or if, on the other hand, one of these dimensions is being prioritised. Patient-centred caring makes it necessary to consider the patients' perspective as a starting point and to know how they are living the caring experience.

Caring behaviours have been studied with the use of the CBI before. The results indicate an emphasis on the physical and technical dimension of caring against its emotional and spiritual dimension (Papastavrou et al., 2012a). In addition, a lack of congruence between the perceptions of the agents involved has been identified: nurses consider the level of care their patients perceive is higher than what patients believe they receive (Hajinezhad, Azodi, Rafii, Ramezani, & Tarighat, 2011).

In summary, caring is the core concept of the nursing profession, its contribution to the multidisciplinary team. It is desirable to know whether nursing behaviours and activities are transmitting the main goal of the profession or if, on the other hand, caring is diluted in the tasks. In terms of efficiency, the more and better cared for the recipients of our interventions feel, the better we will perform our work. The discrepancy between the perception of care by professionals and by patients compels nurses to dig deeper into this dispute, to detect behaviours in nursing practice that need to be changed in order to meet the patients' expectations.

2 | AIM

This review aims to analyse the recent literature regarding the nature of care that nurses' behaviours convey to their patients. This paper aims to identify an emphasis on instrumental or expressive care, according to the patients' perception as described in previous researches that were conducted using the CBI.

3 | METHODS

A systematic review was undertaken in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) recommendations (Shamseer et al., 2015; see

Appendix S1). The databases consulted were PubMed, Scopus and CINAHL. The search was conducted during May and June 2017. The descriptors used in the databases search were the key words "Caring Behaviours Inventory" and "Nursing", creating the search strategy "Caring Behaviours Inventory" AND "Nursing". The eligibility of works was established with the inclusion and exclusion criteria listed in Table 1.

The reference lists provided by the search engines were compared with the Mendeley reference manager software and the duplicates were excluded. The initial results obtained were subjected to an analytical reading of the title and abstract to select those that met the eligibility criteria. Additionally, the reference lists of the selected articles were manually reviewed, and those that met the established inclusion criteria were included. The screening process was carried out by one of the researchers and verified by a second person, the academic PhD senior lecturer.

Following the PRISMA recommendations (Shamseer et al., 2015), the risk of bias of the included studies was assessed, by evaluating the methods followed in the articles. Quality appraisal was performed to select only the highest quality papers, in order to obtain the most reliable results and to identify the strengths and weaknesses of the selected articles, that could compromise the validity of the present review results (Porritt, Gomersall, & Lockwood, 2014). For the evaluation of the methodological quality of the articles, the assessment tool for analytical, cross-sectional studies by the Joanna

Briggs Institute was used (Moola et al., 2017). The purpose of this appraisal tool is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, development and analysis. It consists on six items that can be assessed as "yes", "no", "unclear" or "not applicable". The results of this appraisal were used to inform synthesis and interpretation of the results of the studies reviewed. The research team agreed to include articles that obtained one item scoring "no" and one item scoring "unclear" at most. Two studies out of the 13 papers included in the methodological quality appraisal were excluded because they obtained a negative assessment in two items or more.

Two researchers assessed the papers independently and agreed the conclusions by consensus. For the data extraction process, a data extraction form was developed a priori including the variables to be collected. These variables were stated by the research team to answer the research question and meet the aim of this review. The variables were authorship, year of publication, country, aim of the study, study population, study methods, results (values of the dimensions), outcomes and conclusions. Data were extracted simultaneously from primary research selected papers by two researchers. The two data extraction forms obtained were compared, and they completed each other. The information obtained was analysed, and a narrative synthesis was carried out describing the results (Tricco, Tetzlaff, & Moher, 2011). Three categories emerged from this analysis: nature of caring, congruence with the care perceived and factors associated with the expression of care.

Inclusion criteria	Exclusion criteria	Reasons
Primary research study	Not being an original work (grey literature)	Data from primary peer reviewed research reports published in scientific journals are to be provided
Use of CBI for the measurement of care	Use of nonvalidated CBI adaptations	CBI has proven to be a valid and reliable tool for the measurement of caring behaviours, it has been validated in the populations of interest and data derived from a single tool can be more readily compared across studies than data collected by a variety of tools
Study population: nursing professionals working at any ward or speciality, in hospital settings or primary care, and patients	Study population: nursing students or other health professionals	The care transmitted in the nurse-patient relationship was the object of the study
Published between 2012 and 2017	Published before 2012	The most recent evidence is sought, as the nursing profession scenario has rapidly evolved in recent years (new training programmes, hard working conditions, new management policies...)
English language	Other languages	English is the language chosen for scientific publications
	Nonfull-text articles	Data accessibility

TABLE 1 Inclusion and exclusion criteria

These categories were established with the intention of aggregating similar data and presenting the results in an understandable and useful way for the reader, to meet the aim of this review.

The original CBI is a 42-items tool which aims to measure caring behaviours through a Likert-type scale of six points. This is to say, 1 corresponds to “never”, 2 to “almost never”, 3 to “sometimes”, 4 to “usually”, 5 to “often” and 6 to “always”, so values range from 1 to 6. Participants assess each item depending on the frequency they perceived the caring behaviour. A high score for an item means that the caring behaviour is highly present in the nurse–patient relationship and vice versa. As the list of behaviours included in the CBI is known to convey care, the higher the score results, the more caring

the relationship is. Ethical considerations were identified in the reviewed articles, and no ethical issues were raised.

4 | RESULTS

A total of 11 articles met the search criteria and were selected in this review, following the strategy described in Figure 1. All of them were descriptive, cross-sectional, correlational clinical studies that used the CBI tool for data collection. They described the caring behaviours perceived by patients and nursing professionals in different fields, although all of them in a hospital environment, and related

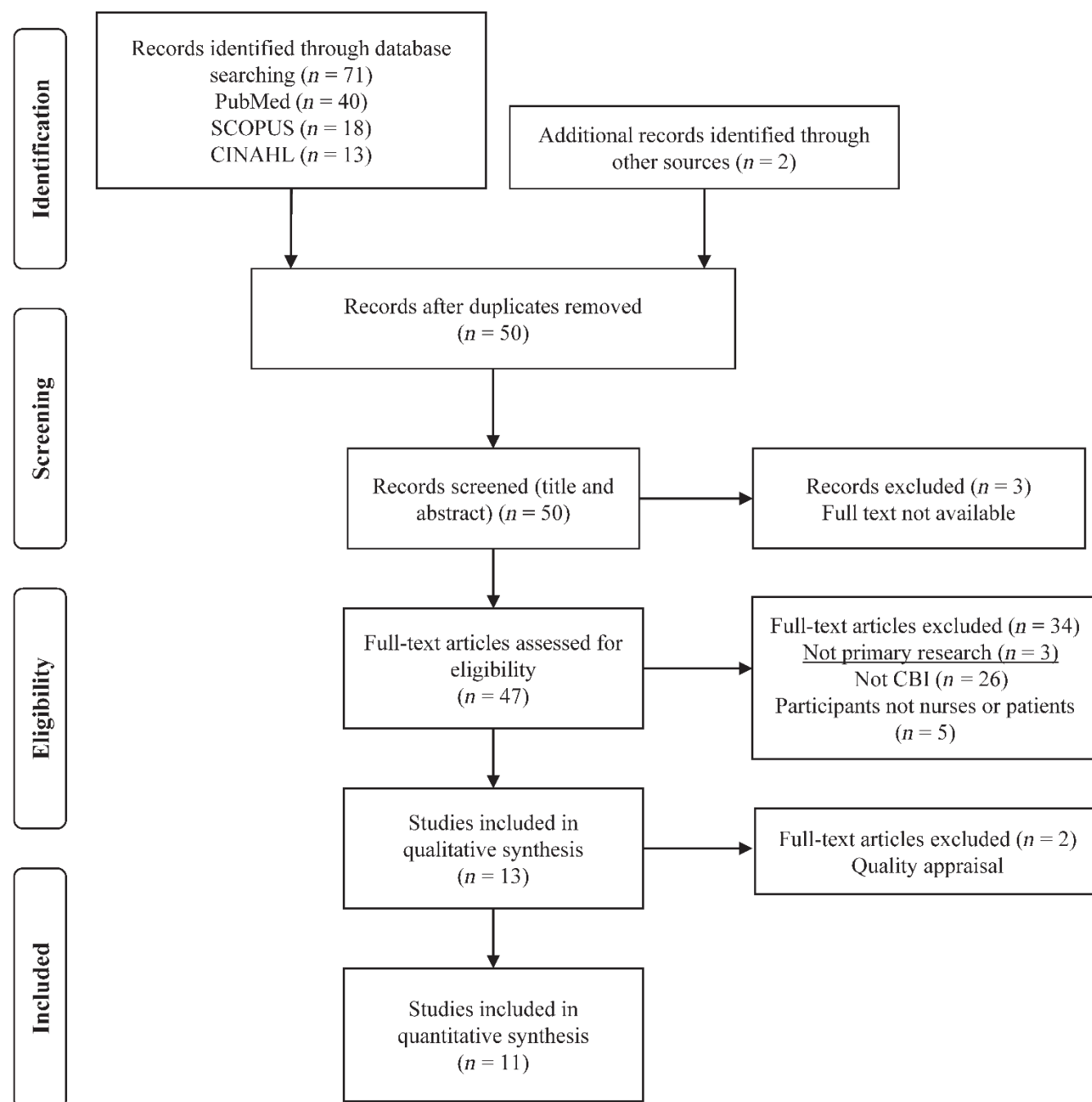


FIGURE 1 Flow chart selection process

TABLE 2 Descriptive caring behaviours results

Authorship, Year, Country	Sample	CBI dimensions Mean values (SD)		Congruence patients'-Nurses' perception
		Patients	Nurses	
Flynn (2016). United Kingdom	22 patients 37 health professionals 12 nurses	Global 187.5 (SD 38.9)	Global 221.3 (SD 15.5)	The care patients perceive they receive is lower than what professionals believe to transmit ($p = .02$, $p < .05$); the latter perceive in a more positive way the care they provide. Nurses assess their caring behaviours in a more positive way than the rest of the professionals ($p = .01$, $p < .05$). The level of studies acts as a positive factor in the perception of care ($p = .04$, $p < .05$)
He et al. (2013). China	595 patients 445 nurses	Knowledge-skill 4.7 (SD 0.8) Assurance 4.4 (SD 0.9) Respect 4.1 (SD 0.8) Connectedness 4.0 (SD 0.8) Total 4.3 (SD 0.7)	Knowledge-skill 5.2 (SD 0.6) Assurance 5.2 (SD 0.6) Respect 4.8 (SD 0.6) Connectedness 4.5 (SD 0.7) Total 5.0 (SD 0.6)	Nurses perceive they transmit more care than what patients receive in a significant way ($p < .001$)
Karlou et al. (2015). Greece	138 patients 72 nurses	Knowledge-skill 5.2 (SD 0.7) Assurance 5.0 (SD 0.7) Respect 4.8 (SD 0.9) Connectedness 4.7 (SD 1)	Knowledge-skill 5.0 (SD 0.7) Assurance 4.8 (SD 0.7) Respect 4.5 (SD 0.8) Connectedness 4.3 (SD 0.9)	There are significant differences ($p < .01$) between the patients' and nurses' perception of care in the dimensions "knowledge-skill" ($p = .010$), "respectful deference to others" ($p = .011$) and "positive connectedness" ($p = .004$)
Papastavrou et al. (2012b). Finland, Hungary, Czech Republic, Cyprus, Greece, Italy	1,537 patients 1,148 nurses	Knowledge-skill 5.3 (SD 0.8) Assurance 5.0 (SD 0.8) Respect 4.7 (SD 1.0) Connectedness 4.6 (SD 1.0)	Knowledge-skill 5.3 (SD 0.6) Assurance 5.1 (SD 0.7) Respect 4.9 (SD 0.8) Connectedness 4.6 (SD 0.8)	Significant differences are found between the nurses' and the patients' perception in the dimensions "assurance of human presence" ($t = 4.81$, $p < .001$) and "respectful deference to others" ($t = 4.11$, $p < .001$), being higher assessed by nurses. There are significant differences in the perception of care between patients and nurses from the participating countries ($p < .001$)
Sarafis et al. (2016). Greece	246 nurses		Knowledge-skill 5.1 (SD 0.7) Assurance 4.9 (SD 0.8) Respect 4.6 (SD 0.8) Connectedness 4.4 (SD 0.9)	Not described
Sossong and Poirier (2013). USA	228 patients 216 nurses	Total 2.8	Total 2.9	There are no statistically significant differences between the global perception of the caring behaviours by patients and nurses ($Z = -1.907$, $p = .056$) Nurses assess in a significantly higher level their caring behaviours, especially in the rehabilitation, oncology and respiratory units ($p < .01$)

these behaviours to other variables. The studies were conducted in a range of countries, including the United Kingdom (Chana, Kennedy, & Chessell, 2015; Flynn, 2016), USA (Merrill, Hayes, Clukey, & Curtis, 2012; Sossong & Poirier, 2013), Greece (Karlou, Papathanassoglou, & Patiraki, 2015; Sarafis et al., 2016), Australia (Edvardsson, Watt, & Pearce, 2017), China (He et al., 2013), Malaysia (Kaur, Sambasivan,

& Kumar, 2013). Joint studies were completed in Finland, Hungary, Czech Republic, Cyprus, Greece and Italy (Papastavrou et al., 2012a; Patiraki et al., 2014).

Studies reported their results either by indicating the total CBI mean score (mean of every item score), by indicating the mean score obtained for each dimension (mean of items included in one

dimension) or both ways (Table 2). With regard to the overall perception of care, the total CBI mean scores ranged from 5.4 (Merrill et al., 2012) to 4.3 (He et al., 2013) in the case of patients and from 5.0 (SD 0.6) (He et al., 2013) to 4.2 (Kaur et al., 2013) in the case of nursing professionals. The reliability of the tool was shown in the reviewed articles, Cronbach α values ranged from $\alpha = .90$ (Sossong & Poirier, 2013) to $\alpha = .96$ (Papastavrou et al., 2012a).

Regarding the CBI dimensions, patients' and nurses' perception resulted similar in priority, although the values obtained for each dimension differ, as shown in Figure 2. *Professional knowledge and skill* dimension was the highest valued by both groups, patients and nurses, in 36% ($n = 4$) of the articles reviewed, and *positive connectedness* was the least valued dimension in 36% ($n = 4$) of the studies included in this review. The main results of the descriptive analysis reported in the included studies are summarised in Table 2.

With regard to the first category that emerged from the narrative synthesis, *nature of caring*, caring described in the reviewed articles responded to an instrumental nature. According to the definition of each dimension given by the authors of the CBI, two of them, *assurance of human presence* and *professional knowledge and skill*, could be considered representative of instrumental care as they refer to the availability to answer the patients' needs and safety demonstrating nursing knowledge and skills competence. On the contrary, the dimensions *respectful deference to others* and *positive connectedness* could relate to expressive care as they refer to emotional aspects such as respect for the dignity of the person or ongoing support (Wolf, 1986).

Regarding the second category that emerged from the narrative synthesis, *congruence between nurses' and patients' perception of care*, a lack of agreement was identified. According to the results summarised in this review, nurses believe to transmit more care than the patients claim to receive. Although the patient and professional assessment of care was high, significant differences were identified between the perceptions of both groups, being higher than that of the nurses (Flynn, 2016; He et al., 2013; Papastavrou et al., 2012a).

With regard to the third category that emerged from the narrative synthesis, *factors associated with the expression of care*, this review identified barriers and facilitators. As shown in Table 3, nursing caring behaviours were related to nursing stress (Sarafis et al., 2016), coping strategies, emotional burnout, depersonalisation, depression (Chana et al., 2015), emotional intelligence and feeling of belonging

(Kaur et al., 2013), as well as socio-demographic characteristics such as marital status (Karlou et al., 2015), age, experience (Patiraki et al., 2014) and country (Papastavrou et al., 2012a). As for patients, their perception of caring behaviours was related to the quality of care received (Edvardsson et al., 2017), marital status (Karlou et al., 2015), prior hospitalisation (Karlou et al., 2015; Patiraki et al., 2014), level of studies (Flynn, 2016), age, scheduled hospitalisation, perceived health status (Patiraki et al., 2014) and sex (Merrill et al., 2012). The methodological quality of the reviewed articles is reported in Table 4.

5 | DISCUSSION

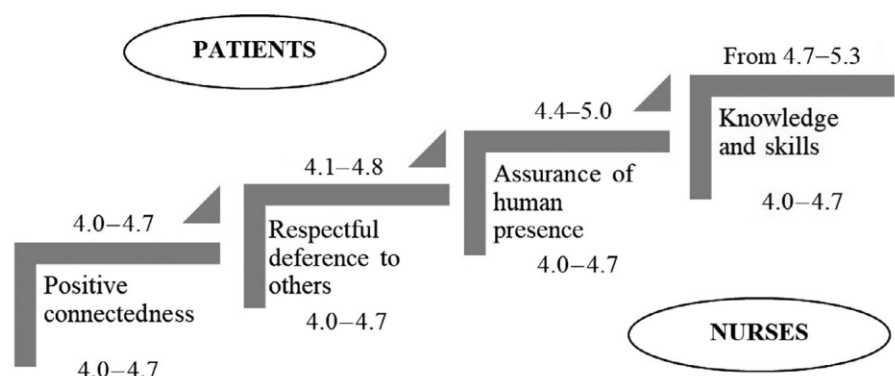
Although caring is highly valued within the nurse–patient relationship, significant differences between the perception of care by nurses and by patients were identified in the reviewed literature reviewed, so nurses believe to transmit more care than patients express to receive. Results reported in the reviewed articles describe a trend towards the instrumental aspect in the perception of nursing care, as they show a greater perception by nurses and patients of the dimensions *professional knowledge and skill* and *assurance of human presence*.

5.1 | Nature of caring

According to the reviewed studies, patients' perception of care in the nurse–patient relationship is high in every dimension of the CBI. This result highlights the central role this concept plays in the professional practice. It is in line with the historical consideration of caring as the core concept and the essence of nursing, as conceptualised by the academic work of theorist nurses (Drahošová & Jarošová, 2016), and as a value for nursing practice and a principle for nursing actions (Bailey, 2009). The positive outcomes obtained through the demonstrations of caring behaviours reinforce the idea of placing caring at the pivotal place of the nursing practice and encourage integrating caring from theoretical knowledge to actual daily practice (Leyva et al., 2015).

The results of the reviewed articles revealed a focus on instrumental care (*professional knowledge and skill* and *assurance of human presence* dimensions). These findings are congruent with similar studies in which the CBI has been used with nursing students (Labrague

FIGURE 2 Diagram of patients' and nurses' perception priorities. Mean values range for each dimension



et al., 2015). The emphasis on instrumental care identified in this review could be explained in a task-oriented model. Task-oriented care is organised in routines performed by nurses at certain times of the day. It increases the chances for the work to be completed and make the task clearer for the person responsible to perform it. This way of working may be safer for the patient in terms of reducing errors as it may avoid forgetting to do tasks. According to Fallon et al., it can be efficient as it gets the workload done, but it may provide

fragmented and not person-centred care. Task allocation around the ward schedule rather than the patient needs promotes a generalised approach rather than individualised care. When tasks are considered as isolated duties, nurses focus on them and they could be perceived as a priority. (Fallon et al., 2018). This could explain the high values related to instrumental care reported in the reviewed studies. The nursing practice based on the mere execution of tasks could derive in the depersonalisation of caring, as nurses may be less inclined to

TABLE 3 External variables influencing Caring Behaviours

Authors Year Country	Data collection	Sample Statistical analysis	Results
Chana et al. (2015) United Kingdom	Caring Behaviours Inventory Nursing Stress Scale Social Support Questionnaire Connor and Davidson Resilience Scale-2 Occupational Coping Self- Efficacy Scale for Nurses PsychNurse Scale Maslach Burnout Inventory Hospital Anxiety and Depression Scale	102 nurses Shapiro-Wilk test Spearman's rho Kruskal-Wallis	Positive correlation between caring behaviours and coping strategies: "diverting attention away from work" ($r = .32, p < .01$), "self-regulation and self-attitude" ($r = .40, p < .001$), "social support at work" ($r = .36, p < .001$), "positive attitude to one's role at work" ($r = .37, p < .001$) and "emotional comfort" ($r = .33, p < .01$). Positive correlation in self-efficacy in coping with occupational burden ($r = .33, p < .01$). Caring behaviours are negatively related with emotional exhaustion ($r = -.31, p < .01$), depersonalisation ($r = -.36, p < .001$), depression ($r = -.34, p < .01$) and psychological distress professionals suffer ($r = -.30, p < .01$).
Edvardsson et al. (2017). Australia	Caring Behaviours Inventory Person-centred Climate Questionnaire SF-36 Health Survey Distress thermometer	210 patients Pearson coefficient Linear regression analysis	Caring behaviours are significantly related with quality from the patient's perspective: "being hopeful for you" ($r = .46, p < .05$), "being empathetic or identifying with you" ($r = .53, p < .05$), "being sensitive to you" ($r = .53, p < .05$), "treating your information confidentially" ($r = .33, p < .05$), "meeting your stated and unstated needs" ($r = .61, p < .05$) and "putting you first" ($r = .60, p < .05$).
Karlou et al. (2015). Greece	Caring Behaviours Inventory Socio-demographic questionnaire	138 patients 72 nurses Student's <i>t</i> test Mann-Whitney <i>U</i> Wilcoxon test Multiple linear regression Spearman's rho	Married patients receive significantly higher values in the dimension "respectful deference to others" ($p = .04, p < .01$). Patients with prior hospitalisation lower assess the dimension "knowledge-skill" in a significant way ($p = .018, p < .01$). Married marital status in nurses is associated with higher scores in the dimensions "knowledge-skill" ($p = .012$), "assurance of human presence" ($p = .007$) and "positive connectedness" ($p = .026$). The multiple regression analysis did not show any significant associations.
Kaur et al. (2013). Malasia	Caring Behaviours Inventory Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test Spiritual Intelligence Self- Report Inventory Maslach Burnout Inventory Psychological Ownership Scale	550 nurses Confirmatory Factor Analysis	Nurses with a higher emotional intelligence show more caring behaviours ($r = .19, p < .001$). Nurses who suffer a higher level of burnout show less caring behaviours ($r = .22, p < .001$). Nurses who have a high sense of belonging show better caring behaviours ($r = .24, p < .001$). The sense of belonging acts as a mediator in the relationship between emotional intelligence and caring behaviours ($p < .001$). Burnout acts as a mediator between emotional intelligence and caring behaviours ($p < .001$).
Merrill et al. (2012). USA	Caring Behaviours Inventory Socio-demographic questionnaire	103 patients Exploratory Factor Analysis Chi-square analysis	The group of behaviours that explains the 51.8% of variance corresponds to the dimensions "assurance of human presence" and "positive connectedness". Sex is related with the interpretation of care ($p < .001$). Men higher assess the items "attentively listening to the patient" and "putting the patient first" ($p < .05$). Significant cultural differences were found in the perceptions of care ($p < .001$).

(Continues)

TABLE 3 (Continued)

Authors Year Country	Data collection	Sample Statistical analysis	Results
Patiraki et al. (2014). Finland, Hungary, Czech Republic, Cyprus, Greece, Italy	Caring Behaviours Inventory Socio-demographic questionnaire	1,659 patients 1,567 nurses Student' t test ANOVA Pearson coefficient Multiple linear regression	There is a positive correlation between the age of the patient and the total CBI scores ($r = .12$, $p = .01$). Significant differences between patients with the experience of prior hospitalisation and those who do not have this experience, with higher scores in the dimension "presence" ($F = 3.13$, $p = .044$, $p < .05$). Significant higher assessment of the dimension "knowledge-skill" in patients who have undergone surgery ($p = .024$, $p < .05$). There are significant differences between the perception of patients with planned and emergency surgeries, showing the latter lower scores for the caring behaviours ($t = 5.05$, $p < .001$). Significant differences between the perception of caring behaviours and the patient's state of health ($F = 4.612$, $p < .001$). The characteristics "type of admission", "age" and "state of health" of patients explain the 52% of CBI variance ($p < .005$). Significant relationship between the nurses' age and their caring behaviours ($p = .089$, $p < .01$). There is a positive correlation between the nurses' experience ($r = .11$, $p = .001$) and the units' experience ($r = .13$, $p < .001$) and the total CBI scores.
Sarafis et al. (2016). Greece	Caring Behaviours Inventory Expanded Nursing Stress Scale SF-12 Health Survey	246 nurses Pearson coefficient Multiple linear regression	A significant correlation ($p < .05$) between the items in the nursing stressors scale and the CBI dimensions except for stressor "discrimination" and the dimensions "assurance of human presence" ($r = .12$, $p > .05$) and "connectedness" ($r = .11$, $p > .05$), and between the stressor "patient and relatives" and the dimension "knowledge-skill" ($r = .04$, $p > .05$). Stress in nursing is a negative predictive factor for the caring dimensions "knowledge-skill" ($p = .006$), "assurance of human presence" ($p < .001$), "respect" ($p < .001$) and "connectedness" ($p < .001$).

meet the emotional needs of the patients (Locsin & Purnell, 2015). For Papastavrou et al., some organizational measures adopted by health institutions, such as shortage in nurses and work overload, have forced nurses to focus on tasks with no time left for communication with the patients or emotional care (Papastavrou et al., 2012b). This could decrease the perception of emotional care in the nurse-patient relationship. On the other hand, Dahlke and Stahlke Wall (2017) believe that the emphasis on emotional care links nursing with stereotypes inherited from sacrifice and delivery that impede professional development. Instead, they propose to focus on knowledge and techniques to vindicate the relevant role of nursing in the health system.

Results from the present review showed that the CBI dimensions related to expressive caring were less reported by patients. The practice of expressive care requires competences in an emotional type of work, understood as the effort to manage emotions in favour of a therapeutic relationship and of effective care (Edward, Hercelinskyj, & Giandinoto, 2017). This work is hard and requires skills and experience at the same level as physical work. Excessive emotional work can lead to emotional and job burnout, with the consequent negative effect on the care of the patient, the nursing professional, the institutions and the reputation of the profession (Edward et al., 2017). The lower perception of the emotional aspects of care found in this review could act as a protective agent for these effects.

5.2 | Congruence between the perception of care by patients and by nurses

Reviewed works reveal a significant difference between the perception of care by nurses and by patients, so nurses believe to transmit more care than patients express they receive. This discrepancy has been previously identified (Hajinezhad et al., 2011).

The higher perception of caring actions on the part of the nurses could be explained by the training received. It has been argued that nursing training puts so much emphasis on caring as the centre of the discipline that professionals have idealised and overvalued this concept (Dahlke & Stahlke Wall, 2017). Caring, as the centre of the nursing practice, is considered as a myth inherited from the historical trajectory of the profession that lecturers perpetuate through the training of future nurses (Murphy, Jones, Edwards, James, & Mayer, 2009). This deep assimilation of the concept as a nuclear element could lead nurses to consider their behaviours to be transmitting more care.

Caring develops in an interpersonal relationship that nurses establish with patients and through value-laden interactions and is based on trust and protection. The intensity of the relationship and its intimate nature lead to strong feelings and shared emotional experiences (Finfgeld-Connett, 2008). From this perspective, the perceptions of both sides are expected to be consistent with one another.

TABLE 4 Joanna Briggs Institute methodological quality appraisal results

Authors, Year	Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	Were the study subjects and the setting described in detail?	Was the exposure measured in a valid and reliable way?	Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	Were confounding factors identified?	Were strategies to deal with confounding factors stated?	Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	Was appropriate statistical analysis used?
Chana et al. (2015)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Unclear	Yes	Yes
Edvardsson et al. (2017)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Flynn (2016)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
He et al. (2013)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Karlou et al. (2015)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Kaur et al. (2013)	Yes	Yes	Yes	Unclear	Yes	No	Yes	Yes
Merrill et al. (2012)	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes
Papastavrou et al. (2012b)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Patiraki et al. (2014)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Sarafis et al. (2016)	Yes	Yes	Yes	Unclear	Yes	Unclear	Yes	Yes
Sossong and Poirier (2013)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes

However, the results of this review highlight that patients perceive less caring behaviours from nurses than these believe to transmit. (Flynn, 2016; He et al., 2013; Karlou et al., 2015; Papastavrou et al., 2012a; Sossong & Poirier, 2013).

5.3 | Factors affecting the expression of care

In the literature review, an association between nurses' caring behaviours and the working environment (nursing stressors, emotional burnout, depersonalisation, general burnout and feeling of belonging) has been identified. Authors pointed out that the economic constraints of institutional environments can restrain nurses' opportunities in establishing caring relationships with patients and their families. In the light of the economic crisis, measures of budget and staff cuts have been taken that have reduced the nursing staff in many hospitals. The shortage of nurses reduces availability to be with the patient and has forced nurses to ensure basic technical tasks, leaving aside behaviours of humanised care (Papastavrou et al., 2012b). Regarding professionals, low staff levels result in care overload and greater work pressure. To deal with this pressure, nurses prioritise procedures and delegated tasks, leaving aside the psychosocial or spiritual needs (Papastavrou et al., 2012a).

These findings are congruent with previous studies about working environments within the health system. Stab, Hacker, & Weigl identified an association between the internal organisation of hospital units and the emotional burnout of nurses. A good internal organisation with realistic objectives and a climate of support generates a working environment that reduces stressors and strengthens the resources nurses have, something that affects their well-being, their work performance and the quality of care (Stab, Hacker, & Weigl, 2016). According to Elliott, the obligation to fulfil unrealistic objectives and the feeling of undervaluing nursing work on the part of other professionals and society contribute to emotional burnout (Elliott, 2017). There is evidence that nurses who feel emotionally supported by their fellow veterans and by their supervisors better alleviate emotional burnout. This could be a protective measure for nurses and a supportive measure to expressive care, although some supervisors have now focused on management efforts, detaching themselves from the nursing team. Despite the difficult working conditions, internal organisation could favour the expression of care.

The results reported in the studies included in this review describe an association between caring behaviours and coping strategies (Chana et al., 2015) and emotional intelligence (Kaur et al., 2013). The review conducted by Lewis, Neville, & Ashkanasy shows that higher levels of emotional intelligence in staff reduce stress and anxiety, promote communication and improve professional performance (Lewis, Neville, & Ashkanasy, 2017). Although emotional intelligence has an intrinsic component of personality, it can be acquired and trained through several learning strategies such as reflective activities, self-assessment, behaviour modelling or experiential learning among others (Foster, McCloughen, Delgado, Kefalas, & Harkness,

2015). Experiences have been described in which a training intervention has significantly increased the emotional intelligence of the participants in the short and long term (Alconero-Camarero et al., 2018). The literature suggests the incorporation of coping mechanisms in the nursing training is equally pertinent and necessary, and it would help both the students during their training period as well as the future professionals. Recent initiatives of training programmes in coping strategies successfully incorporate simulation as a learning methodology (Roh, Kim, & Kim, 2014). These strategies would be in line with the suggestions proposed by other authors to increase the care conveyed in nursing behaviours by broadening the training of professionals regarding the emotional and spiritual dimensions (He et al., 2013; Kaur et al., 2013).

5.4 | Limitations of the review

It should be noted that the review has only included those studies that have used the CBI for the measurement of care; there are other tools for the quantitative assessment of care whose results could provide nuances in interpretation. The assessment of the methodological quality of the reviewed articles revealed that most studies did not take steps to correct certain factors, such as establishing strategies to deal with identified confounding factors identified or using objective standard criteria for measuring the conditions, but these were regarded as constraints instead. Caution was recommended in the interpretation and generalisation of the results; by extension, prudence is also recommended in the interpretation of the results of this review. The selection bias must also be considered, which was sought to be minimised using a search strategy with very specific terms, capable of identifying the expected works.

6 | CONCLUSIONS

The aim of this review is to describe whether the caring transmitted in the nurse–patient relationship as reported in the literature, balances its instrumental and emotional elements. The results of the reviewed works show a greater perception of the dimensions *professional knowledge and skill* and *assurance of human presence*, which highlights an emphasis on the instrumental aspect in the perception of nursing care, by patients and nurses. The nurses' assessment of care is greater than that of patients, that is nurses believe to transmit more care than patients manifest to receive. Since caring develops in an interpersonal relationship that affects both parties, it is expected to find harmony between the two perceptions. However, the perception of nurses may be affected by an over-emphasis on caring during the training received. The expression of care is affected by the working environment in which the professional practice develops. Working environments within the health system should promote meaningful personal relationships with patients and their relatives by improving working conditions and training staff in emotional skills.

7 | RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE

This work represents a descriptive contribution to the concept of nursing caring for a better understanding of the same and to the type of care that is transmitted and perceived in the clinical practice. Caring is a subjective, ambiguous concept with cultural determinants that make it difficult to be defined and studied. The way in which it is expressed through professional behaviours permit to intuit an estimation of the concept, from a practical and observable perspective, and facilitates its assessment. Knowing the patients' perception of care allows developing individualised caring plans aimed at what patients expect from nurses rather than their own assumptions. Caring behaviours have been related to patient satisfaction and their physical and mental well-being, so their study and improvement will increase these health outcomes indicators. Identifying the areas of improvement in nursing behaviours that transmit care will allow developing effective training strategies for a more complete nursing training and in line with the demands of the patient.

ACKNOWLEDGEMENTS

We declare there is no conflict of interest and no funding has been received to conduct this research.

ORCID

Macarena Romero-Martín  <https://orcid.org/0000-0003-3022-3339>

Juan Gómez-Salgado  <https://orcid.org/0000-0001-9053-7730>

REFERENCES

- Alconero-Camarero, A. R., Sarabia-Cobo, C. M., González-Gómez, S., Ibáñez-Rementería, I., Lavín-Alconero, L., & Sarabia-Cobo, A. B. (2018). Nursing students' emotional intelligence, coping styles and learning satisfaction in clinically simulated palliative care scenarios: An observational study. *Nurse Education Today*, 61, 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.013>
- Bailey, D. N. (2009). Caring defined: A comparison and analysis. *International Journal for Human Caring*, 13(1), 16–32.
- Chana, N., Kennedy, P., & Chessell, Z. J. (2015). Nursing staffs' emotional well-being and caring behaviours. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19–20), 2835–2848. <https://doi.org/10.1111/jocn.12891>
- Clark, C. (2016). Watson's human caring theory: Pertinent transpersonal and humanities concepts for educators. *Humanities*, 5(2), 21. <https://doi.org/10.3390/h5020021>
- Cook, L. B., & Peden, A. (2017). Finding a focus for nursing: The caring concept. *Advances in Nursing Science*, 40(1), 13–23. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000137>
- Coulombe, K. H., Yeakel, S., Maljanian, R., & Bohannon, R. W. (2002). Caring Behaviors Inventory: Analysis of responses by hospitalized surgical patients. *Outcomes Management*, 6(3), 138–141.
- Dahlke, S., & Stahlke Wall, S. (2017). Does the emphasis on caring within nursing contribute to nurses' silence about practice issues? *Nursing Philosophy*, 18(3), e12150. <https://doi.org/10.1111/nup.12150>

- Drahošová, L., & Jarošová, D. (2016). Concept of caring in nursing. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(2), 453–460. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2016.07.0014>
- Edvardsson, D., Watt, E., & Pearce, F. (2017). Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 217–227. <https://doi.org/10.1111/jan.13105>
- Edward, K., Hercelinskyj, G., & Giandinoto, J. (2017). Emotional labour in mental health nursing: An integrative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 215–225. <https://doi.org/10.1111/inm.12330>
- Elliott, C. (2017). Emotional labour: Learning from the past, understanding the present. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 26(19), 1070–1077. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.19.1070>
- Fallon, A., Chiardha, T. U., Meaney, T., van der Putten, D., Brennan, M., Chionna, J. U., ... Smyth, S. (2018). Revisiting task orientated care: Oral histories of former student nurses in Ireland (1960–2001). *Nurse Education in Practice*, 29(September 2017), 48–52. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.003>
- Fingeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 196–204. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01824.x>
- Flynn, S. (2016). Who cares? A critical discussion of the value of caring from a patient and healthcare professional perspective. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 20, 28–39. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2015.06.001>
- Foster, K., McCloughen, A., Delgado, C., Kefalas, C., & Harkness, E. (2015). Emotional intelligence education in pre-registration nursing programmes: An integrative review. *Nurse Education Today*, 35(3), 510–517. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.009>
- Hajinezhad, M. E., Azodi, P., Raffi, F., Ramezani, N., & Tarighat, M. (2011). Perspectives of patients and nurses on caring behaviors of nurses. *HAYAT*, 17(4), 36–45.
- He, T., Du, Y., Wang, L., Zhong, Z. F., Ye, X. C., & Liu, X. H. (2013). Perceptions of caring in China: Patient and nurse questionnaire survey. *International Nursing Review*, 60(4), 487–493. <https://doi.org/10.1111/inr.12058>
- Karlou, C., Papathanassoglou, E., & Patiraki, E. (2015). Caring behaviours in cancer care in Greece. Comparison of patients', their caregivers' and nurses' perceptions. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 19(3), 244–250. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.11.005>
- Kaur, D., Sambasivan, M., & Kumar, N. (2013). Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burn-out on caring behaviour of nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21–22), 3192–3202. <https://doi.org/10.1111/jocn.12386>
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Papathanasiou, I. V., Edet, O. B., Arulappan, J., & Tsaras, K. (2015). Nursing students' perceptions of their own caring behaviors: A multicountry study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(4), 225–232. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12108>
- Lapum, J., Fredericks, S., Beanlands, H., McCay, E., Schwind, J., & Romaniuk, D. (2012). A cyborg ontology in health care: Traversing into the liminal space between technology and person-centred practice. *Nursing Philosophy*, 13(4), 276–288. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00543.x>
- Lewis, G. M., Neville, C., & Ashkanasy, N. M. (2017). Emotional intelligence and affective events in nurse education: A narrative review. *Nurse Education Today*, 53(April), 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.001>
- Leyva, E. W. A., Peralta, A. B., Tejero, L. M. S., & Santos, M. A. (2015). Global Perspectives of Caring: An Integrative Review. *International Journal for Human Caring*, 19(4), 7–29. <https://doi.org/10.20467/1091-5710-19.4.7>
- Locsin, R. C., & Purnell, M. (2015). Advancing the theory of technological competency as caring in nursing: The universal technological domain. *International Journal for Human Caring*, 19(2), 50–54. <https://doi.org/10.20467/1091-5710-19.2.50>
- Loke, J. C., Lee, K. W., Lee, B. K., & Noor, A. M. (2015). Caring behaviours of student nurses: Effects of pre-registration nursing education. *Nurse Education in Practice*, 15(6), 421–429. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.05.005>
- Merrill, A. S., Hayes, J. S., Cluke, L., & Curtis, D. (2012). Do they really care? How trauma patients perceive nurses' caring behaviors. *Journal of Trauma Nursing*, 19(1), 33–37. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e318249fcac>
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Mu, P.-F. (2017). Systematic reviews of etiology and risk. In M. Z. Aromataris E (Ed.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* (p. 6). The Joanna Briggs Institute. Retrieved from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Murphy, F., Jones, S., Edwards, M., James, J., & Mayer, A. (2009). The impact of nurse education on the caring behaviours of nursing students. *Nurse Education Today*, 29(2), 254–264. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.08.016>
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., ... Merkouris, A. (2012a). A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: Patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1026–1037. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05807.x>
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., ... Merkouris, A. (2012b). Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: A comparative study. *Nursing Ethics*, 19(3), 369–379. <https://doi.org/10.1177/0969733011436027>
- Patiraki, E., Karlou, C., Efstathiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., Jarosova, D., ... Papastavrou, E. (2014). The relationship between surgical patients and nurses characteristics with their perceptions of caring behaviors: A European survey. *Clinical Nursing Research*, 23(2), 132–152. <https://doi.org/10.1177/1054773812468447>
- Porrirt, B. K., Gomersall, J., & Lockwood, C. (2014). JBI's systematic reviews: Study selection and critical appraisal. *American Journal of Nursing*, 114(6), 47–52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000450430.97383.64>
- Roh, Y. S., Kim, S. S., & Kim, S. H. (2014). Effects of an integrated problem-based learning and simulation course for nursing students. *Nursing and Health Sciences*, 16(1), 91–96. <https://doi.org/10.1111/nhs.12069>
- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., ... Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing*, 15, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0178-y>
- Sargent, A. (2012). Reframing caring as discursive practice: A critical review of conceptual analyses of caring in nursing. *Nursing Inquiry*, 19(2), 134–143. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00559.x>
- Scott, P. A., Matthews, A., & Kirwan, M. (2014). What is nursing in the 21st century and what does the 21st century health system require of nursing? *Nursing Philosophy*, 15(1), 23–34. <https://doi.org/10.1111/nup.12032>
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghera, D., Liberati, A., Petticrew, M., Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*, 349(jan02 1), g7647–g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- Sherwood, G. (1995). The chemistry of nurses' caring. a model for humane health care. *Humane Medicine: A Journal of the Art and Science of Medicine*, 11(2), 62–65.
- Söderlund, M. (2013). A concept of caring aiming at health. *International Journal for Human Caring*, 17(1), 33–44. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.17.1.33>

- Sossong, A., & Poirier, P. (2013). Patient and nurse perceptions of caring in rural United States. *International Journal for Human Caring*, 17(1), 79–85. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.17.1.79>
- Stab, N., Hacker, W., & Weigl, M. (2016). Work organization in hospital wards and nurses' emotional exhaustion: A multi-method study of observation-based assessment and nurses' self-reports. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 52–62. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.012>
- Tricco, A. C., Tetzlaff, J., & Moher, D. (2011). The art and science of knowledge synthesis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.11.007>
- Urra, M. E., Jana, A. A., & García, V. M. (2011). Algunos Aspectos Esenciales Del Pensamiento De Jean Watson Y Su Teoría De Cuidados Transpersonales. *Ciencia Y Enfermería*, 17(3), 11–22. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
- Watson, J. (2008). *The philosophy and science of caring*, (Rev ed.). Boulder, Colorado: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2009). Caring as the essence and science of Nursing and health care. *O Mundo Da Saúde*, 33(2), 143–149.
- Wolf, Z. R. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 84–93.
- Wolf, Z. R., Zuzelo, P. R., Goldberg, E., Crothers, R., & Jacobson, N. (2005). The caring behaviors inventory for elders: Development and

psychometric characteristics. *International Journal for Human Caring*, 9(2), 92. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.9.2.92>

- Wu, Y., Larrabee, J. H., & Putman, H. P. (2006). Caring Behaviors Inventory. *Nursing Research*, 55(1), 18–25. <https://doi.org/10.1097/00006199-200601000-00003>

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found online in the Supporting Information section at the end of the article.

How to cite this article: Romero-Martín M, Gómez-Salgado J, Robles-Romero JM, Jiménez-Picón N, Gómez-Urquiza JL, Ponce-Blandón JA. Systematic review of the nature of nursing care described by using the Caring Behaviours Inventory. *J Clin Nurs*. 2019;00:1–13. <https://doi.org/10.1111/jocn.15015>

10.1.3. Engagement, Passion and Meaning of Work as Modulating Variables in Nursing: A Theoretical Analysis.

Título	ENGAGEMENT, PASSION AND MEANING OF WORK AS MODULATING VARIABLES IN NURSING: A THEORETICAL ANALYSIS.
Autoría	Gómez-Salgado J, Navarro-Abal Y, López-López MJ, Romero-Martín M, Climent-Rodríguez JA.
Referencia	Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16 (1), 108; https://doi.org/10.3390/ijerph16010108
Revista	International Journal of Environmental Research and Public Health
Factor de Impacto 2018	2.468
Categoría JCR	Environment/Ecology
Puesto que ocupa en la categoría	33/368
Cuartil	Q1
Indexada en	AGORA (FAO) AGRIS - Agricultural Sciences and Technology (FAO) CAB Abstracts (CABI) Chemical Abstracts (ACS) Current Contents - Agriculture, Biology & Environmental Sciences (Clarivate Analytics) Current Contents - Clinical Medicine (Clarivate Analytics) DOAJ - Directory of Open Access Journals EMBASE (Elsevier) FSTA - Food Science and Technology Abstracts (IFIS) Genamics JournalSeek GeoBase (Elsevier) Global Health (CABI) HINARI (WHO) Journal Citation Reports / Science Edition (Clarivate Analytics) Journal Citation Reports / Social Science Edition (Clarivate Analytics) Julkaisuforum Publication Forum (Federation of Finnish Learned Societies) MEDLINE (NLM) Norwegian Register for Scientific Journals, Series and Publishers (NSD) PubMed (NLM) Science Citation Index Expanded - Web of Science (Clarivate Analytics) Scopus (Elsevier) Social Sciences Citation Index - Web of Science (Clarivate Analytics) Web of Science (Clarivate Analytics) Zetoc (British Library) CLOCKSS (Digital Archive) e-Helvetica (Swiss National Library Digital Archive) PubMed Central (NLM) Academic OneFile (Gale/Cengage Learning) EBSCOhost (EBSCO Publishing) J-Gate (Informatics India) ProQuest Central (ProQuest) Science In Context (Gale/Cengage Learning) WorldCat (OCLC)



Article

Engagement, Passion and Meaning of Work as Modulating Variables in Nursing: A Theoretical Analysis

Juan Gómez-Salgado ^{1,2}, Yolanda Navarro-Abal ^{3,*}, María José López-López ⁴,
Macarena Romero-Martín ⁵ and José Antonio Climent-Rodríguez ⁶

¹ Nursing Department, University of Huelva, 21007 Huelva, Spain; jgsalgad@gmail.com

² Safety and Health Postgraduate Program, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil 091650, Ecuador

³ Department of Social, Developmental and Education Psychology, Faculty of Education Science, University of Huelva, 21071 Huelva, Spain

⁴ Department of Clinical and Experimental Psychology, Faculty of Education Science, University of Huelva, 21071 Huelva, Spain; mjlopez@uhu.es

⁵ Red Cross Nursing University Center, University of Seville, 41009 Sevilla, Spain; mromero@cruzroja.es

⁶ Faculty of Health Sciences, Isabel I University, 09003 Burgos, Spain; jose.clement@dpsi.uhu.es

* Correspondence: yolanda.navarro@dpsi.uhu.es; Tel.: +34-959219099

Received: 5 December 2018; Accepted: 28 December 2018; Published: 3 January 2019



Abstract: Nurses are continuously exposed to stressors and psychological and physical risks that can negatively influence their daily work. These adverse psychosocial circumstances, accompanied by the poor self-perception of health, well-being, and quality of life, may trigger burnout. The positive psychology approach pursues a growth of passion at work, increased job satisfaction, and occupational health, both mental and physical, for the optimal performance of the nursing role. In this way, a theoretical analysis was conducted to describe the basic constructs of positive psychology, elements such as engagement, passion at work, centrality, and meaning of work, which could act as protective factors in the nursing profession. The results show that if health professionals are not physically involved, cognitively alert, and emotionally connected, they may not offer the quality care patients require. Positive psychology helps nurses in facing their complex reality and relevant daily activities in order to provide quality care. These efforts towards a humanist nursing care in which professionals are able to care for the others as well as themselves should be made.

Keywords: nursing; positive psychology; engagement; passion; meaning of work; care

1. Introduction

Health care professionals constitute one of the professional groups most frequently exposed to psychosocial risks at work. More specifically, nursing professionals often compromise their health by frequent, ongoing, and persistent exposure to physical, chemical, biological, mechanical, ergonomic, and psychosocial risks of different scope and nature [1]. Furthermore, they are subject to idiosyncratic working conditions, such as intensive and rotating work shifts, which play a role in the development of psychological diseases [2].

Health care professionals frequently experience symptoms that are related to working conditions that influence their psychological well-being such as high levels of stress, anxiety, emotional overload, or compassion fatigue. These arise, mainly, as a result of the nature of their work and the characteristics of their practice environment. Also, patients' complexity triggers the particular needs of health professionals who provide care. Efforts should be made to address these needs and to ensure that health professionals feel prepared, equipped, and supported to care for complex patients [3]. These

adverse psychosocial circumstances are also related to lower levels of self-perceived health and well-being and to general quality of life [4].

As Ceballos, Valenzuela, and Paravic pointed out, it is important that health institutions and governments consider psychosocial risk factors, enabling the development of prevention plans and providing incentives to nursing professionals by previously identifying those who are particularly subject to these risks [2]. As a result of these considerations, in recent years, concern about health professionals' occupational health has prompted the development of studies on pathologies and personality traits that are linked to the professional practice. A range of recent studies analyzed the burnout syndrome [5] and its relationship with some personality traits, such as resilience [6] or capacity for empathy [7].

The data obtained in recent research highlight nurses as a professional group that is particularly exposed to psychosocial risks, something that draws attention to the need to address this fact as an issue that causes suffering and personal and professional hardship. They also consider how this causes significant economic losses for health care institutions, which in turn have a direct impact on the quality of care that is provided to patients.

The origin of positive psychology dates back to the 20th century, when it was first defined as the scientific study of positive subjective experiences, positive individual traits, institutions supporting its development, and intervention programs promoting people's quality of life by helping to reduce the incidence of mental health disorders [8]. However, as Salanova, Llorens, and Martínez pointed out, the concept had already been used by Maslow in 1954 in his description of motivation and personality, providing a more conceptual approach within the humanistic tradition, without taking into account a research basis [9].

In short, positive psychology is based on applying the foundations of psychology to different fields of action. Its fundamental basis, as its name suggests, seeks 'the positive aspects' in events and people instead of placing the emphasis on those areas presenting deficits or disorders. This perspective constitutes a tradition in 20th century psychology.

According to Lomas and Ivztan, the development of this approach presents two distinct moments. There was a first stage in which positive psychology emerged as a movement opposed to traditional psychology, which seemed to focus on the more negative aspects of human beings, such as disorders, traumas, and problems. At this stage, positive psychology described a more simplistic concept based on a hedonist approach in which the emphasis was only on positive aspects, such as positive emotions, character strengths, or flow [10]. This was followed by a second wave in which authors such as Wong talked about 'positive psychology 2.0'. In this case, both positive and negative aspects are part of the same dimension, where both elements are connected through a process of thesis-antithesis-synthesis [11].

Positive psychology is useful in preventing nurses' burnout. This approach proposes improving nurses' emotional competences, such as taking an optimistic view or acquiring stable personality skills instead of just decreasing the environmental factors of burnout [12]. Personal resources that comprise positive psychology, such as optimism, stable personality, and emotional competence, are related to the interaction between nurses and their working environment. They have been identified as factors of appraisal, adaptive strategies, and subjective well-being [13].

The purpose of this work was to describe the basic constructs of positive psychology that are related to the nursing profession. We aimed to identify the consequences it can directly have on the professionals' quality of life, on the quality of the delivered nursing care, and on patient safety. The literature describes some risk and protective factors that are influential in professional performance, as well as in the subjective well-being and quality of life of professionals. However, these factors are directly related to organizational variables, which are, in many cases, beyond the control of professionals, and are more directly related to extrinsic motivators. In recent years, the scientific community has shown interest in the analysis of variables that are more related to the values developed

throughout the life history of people, such as passion, centrality, meaning through work, or others, such as engagement, which are oriented towards the positive characteristics of professional performance.

2. Materials and Methods

A theoretical analysis was conducted. First, core nursing concepts (caring and self-caring) were described, as they are determinant for nurses' work overload and health. Subsequently, the positive psychology variables were analyzed to clarify their effect on nursing professionals and on the quality of care. The concepts flowchart is represented in Figure 1. Afterwards, the variables related to positive psychology were described, especially those that allow the prevention and mitigation of the health consequences that they may have for the nursing profession. Its study and analysis allow for generating organizational strategies that directly and indirectly impact in both the professional projection towards the patient (care) and the own projection towards the self (self-care).

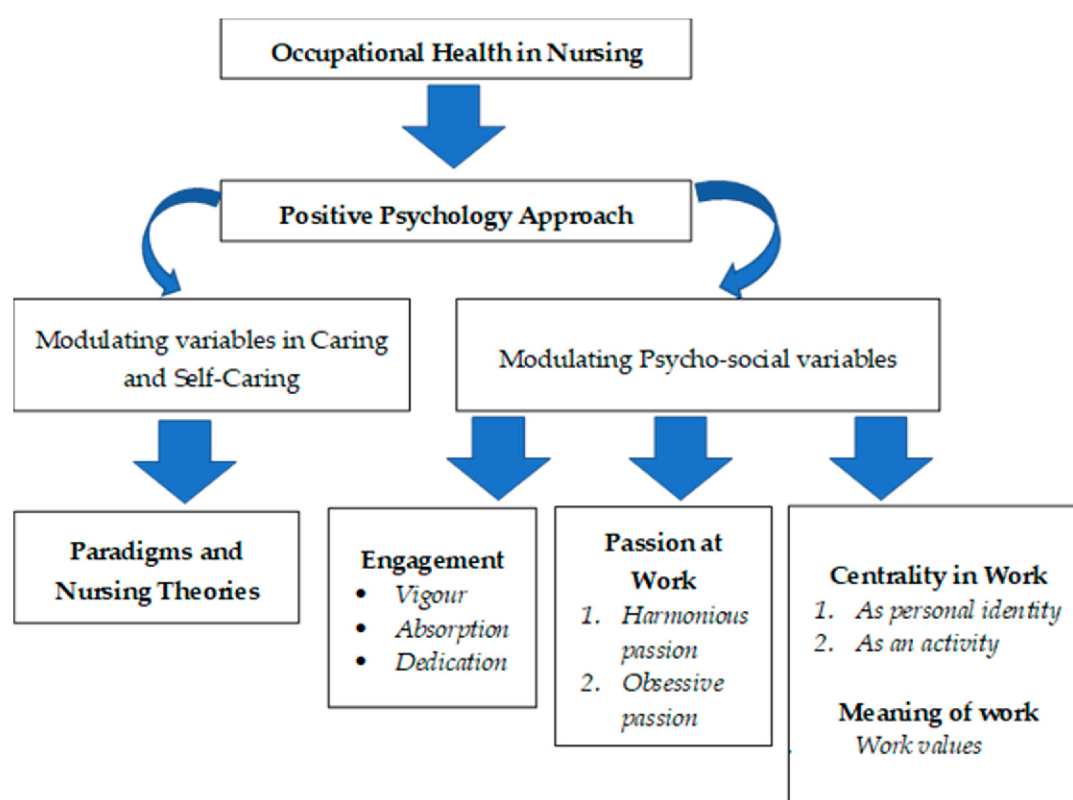


Figure 1. Concepts flowchart.

3. Results

3.1. Care and Self-Care in Nursing

3.1.1. The Inner Good of Nursing

Caring has evolved and changed throughout history in many aspects, while maintaining its essence. Since prehistory, the role of the caregiver has been assigned to women, who in most cases relied on their own intuition. Over time, civilizations have become aware of the importance of care in determining health. Caring evolution has been conditioned by different factors, such as religion, military conflicts, relationship with medicine, or the role of women in society, until finally obtaining professional recognition [14].

Caring is considered as the ‘inner good’ of the profession [15], and nurses, as part of the nursing metaparadigm, must ensure its presence in all caring areas [16]. Caring has been extensively studied and deeply discussed by theoretical nurses, each of whom brings a nuance from his/her own perspective.

K  rouac and Ducharme described the principles that guide nursing professionals’ everyday activities, supported by and subject to the code of ethics [17]:

- Nursing professionals must assist not only the individuals as such, but also their families, groups, or communities.
- Patients’ opinions must be respected at all times, accepting their values and beliefs, dignifying them, and ensuring a comprehensive view of the person.
- The art of caring is a construct that goes beyond the simple automation of the nursing practice; it implies professional performance from a comprehensive perspective by applying specific knowledge and principles.
- In addition to the specific contents of the nursing field, caring must integrate knowledge from other fields, such as mathematics, statistics, psychology, and sociology, among others.
- Disease prevention and health promotion are highlighted objectives of nursing, acting as helpers for the restoration of health and reducing, to the extent possible, the complications that may arise.
- Each health professional has a specific role within the multidisciplinary team, and individually contributes to the patient’s health-disease process.
- Patients have an active role, participating in their own self-care.

3.1.2. Nursing Paradigms. Conceptions of Care

There are plenty of theories and models attempting to interpret the nursing metaparadigm. Efforts have been made to establish connections between these theories that are based on the beliefs, values, principles, laws, and methodologies they have in common in order to classify them. Raile and Marrineer established a categorization according to the models’ level of development (philosophies, conceptual models, theories, and middle-range theories) [18]. Similarly, Colley established a classification of theories according to their function (descriptive, explanatory, predictive, and prescriptive) [19]. The most common and most widespread classification follows a distribution by paradigms, defined as the line of thought or way of seeing the world that has an impact on all fields at a certain moment [20].

Years later, K  rouac and Ducharme described three opposed paradigms that influenced different conceptions of the art of caring and which have served to organize the nursing theoretical knowledge [17]. These paradigms are compared in Table 1.

Table 1. Paradigms influencing nursing theories.

Paradigm	Ideology	Nursing Metaparadigm	Representative Authors
Categorization 1900–1950	Proposes dividing phenomena into categories or groups exploring the cause of the phenomena. It suggests a bio-medical approach, and a disease/public health orientation. The nurse has the role of planning, organizing, evaluating, and coordinating caring (understood as disease mitigation). Influenced by positivism.	Environment: it is independent of the person and something that can be controlled and manipulated. Health: absence of disease. Individual: a whole conformed by the sum of their dimensions, with a passive role in care. Care: focused on controlling the disease.	Florence Nightingale, Environmental Theory. Mother of modern nursing: she believed that through the manipulation of the environmental elements, nurses could facilitate patients being healed by nature. The patient is considered as a passive being in the reception of care.

Table 1. Cont.

Paradigm	Ideology	Nursing Metaparadigm	Representative Authors
Integration 1950–1975	Presents a person's orientation, acting collaboratively, refusing the passive conception of the patient, and understanding the individual as a bio-psycho-socio-cultural-spiritual being. The nurse is an advisor, a co-worker. Influenced by psychology.	Environment: context in which the person lives with positive and negative stimuli and adaptation reactions. Health: ideal to achieve. Individual: bio-psycho-socio-cultural and spiritual being, greater than the sum of its dimensions. Care: efforts to maintain the person's health in all its dimensions.	Virginia Henderson, Model of Independence. The individual was considered as an integral being with 14 basic needs that should be met as independently as possible to achieve their independence. Help was only needed in case of lacking strength, knowledge, or willingness. The role of the nurse depends on the level of dependence: substitute for the patient (when the nurse performs the action), assistant of the patient (when the nurse acts with the patient), and companion of the patient (when both collaborate, but the professional monitors). Dorothea Orem, Self-Care Deficit Theory. This theory is focused on the pursuit and achievement of the highest level of patient self-management. The main concept of the theory is self-care, that it is understood as the set of unintended actions a person performs or would perform to control the internal and external factors that can jeopardize their lives and further development. When self-care demand exceeds the capacity of the care agency, the figure of the agent of dependent care and the nursing systems would come into action (fully compensatory, partially compensatory, and education-support systems).
Transformation 1975–present	Supposes openness towards the world and the universe where everything is connected. Nurses accompany patients by sharing their experiences, collaborating with the individual in their care as a unique, personal, and individual type of care. Influenced by the general systems theory.	Environment: universe to which the person belongs. Health: a value and an experience according to the perspective of each person. It goes beyond the disease. Individual: an indivisible whole in continuous and mutual relationship with the universe. Care: focused on well-being. Cultural values, beliefs, and convictions of the person are recognized.	Jean Watson, Theory of Transpersonal Caring. She highlights the importance of the nurse-patient relationship based on the principles of empathy and warmth. Madeleine Leininger, Theory of the Cultural Care Diversity and Universality. She emphasized the importance of culture in care based on the holistic conception of the person.

3.2. Engagement

Within this framework, engagement is attracting interest and gaining relevance in scientific publications. Engagement was first mentioned by Khan, who analyzed the attitudes of employees in organizations that dealt with vulnerable population (the sick, the elderly, or low-income groups) [21]. Under equal conditions, and excluding the variables that could mediate these attitudes, some employees demonstrated a highly energetic behavior and a high degree of motivation towards their professional performance. As a result, problems within the organization and the most frequent coping strategies to solve them were described [22]. In these terms, the concept of engagement was defined as the behavioral attitude of using all of the individual's components and being expressed through all of them, i.e., physical, cognitive, emotional, and psychologically, during the performance of the professional role [23]. Therefore, people express some level of engagement when they are physically involved, watchful to cognitive level, and in emotional connection.

Kahn identified three psychological conditions that modulate the presence of engagement: (a) psychological meaningfulness: sense of job performance satisfaction; (b) psychological safety: confidence in one's job involvement without fear of negative consequences; and, (c) psychological availability: people's physical resources to engage the self in work performance [21]. Salanova and Shaufeli identified three psychological conditions manifested by people with engagement: (a) satisfaction: the work itself is considered significant, constituting a challenge for the person; (b) safety: the workplace is considered reliable, safe and predictable, generating a positive working environment for the person; and, (c) availability: the required physical and psychological resources to develop the profession are at hand and available to improve the occupational role performance [24].

Engagement integrates three components [24]:

- Vigor (behavioral-energy component): is considered the variable opposed to the emotional exhaustion that is caused by the burnout syndrome. It is characterized by high levels of energy and mental resilience, persistence, right intention, and attitude towards investing efforts, even when facing difficulties.
- Absorption (cognitive component): is considered the variable opposed to the personal frustration caused by the burnout syndrome. It is characterized by facing difficulties to disconnect from work and by being so fully concentrated that time seems to pass quickly.
- Dedication (emotional component): is considered the variable opposed to the cynicism caused by the burnout syndrome. It is characterized by work involvement, enthusiasm, and satisfaction, as well as motivation towards achievement.

Within the nursing field, work engagement requires trust and professional autonomy. When high levels of work engagement are reached, contagious personal initiative occurs, hospital mortality decreases, and organizations' financial profitability significantly increases [25]. Work engagement affects nurse performance resulting in patient-centered care, efficacy, and quality of care [26].

Engagement is adaptable, as it is subject to modifying factors. A study that was conducted by Dasgupta about factors affecting work engagement in nursing found out that perceived organizational support, leader-member exchange, team-member exchange, and workplace friendship all relate positively to work engagement. The nursing role stress negatively relates to work engagement [27]. Keyko, Cummings, Yonge, and Wong identified 77 influencing factors of work engagement. They were categorized into six themes: organizational climate, job resources, professional resources, personal resources, job demands, and demographics variables [28].

Rewards, organizational and supervisory support, and job characteristics contribute to establishing work engagement among nurses [29]. A positive work climate, social support from the organization, and the influence of supervisors through leadership styles are factors that stand out as fostering engagement [26].

3.3. *Passion at Work*

As Vallerand et al. [30] pointed out, passion is a topic of interest in the field of philosophy, and many definitions and concept analyses have been provided by experts, which can be grouped into two different approaches. On one hand, the emphasis on the idea that passion involves the loss of reason and control. Authors such as Spinoza (1632–1677) proposed that acceptable and healthy thoughts are originated by reason, while inappropriate thoughts are derived from passion. In this way, passion controls peoples' lives and makes human beings slave of their own suffering. On the other hand, a more positive perspective of passion considered it as a beneficial variable when emotions are under control. Authors such as Descartes (1596–1650) in 'The Passions of the Soul' (1649–1972) defined passions as strong emotions with behavioral tendencies that can be positive [30].

In the field of psychology, the concept of passion is frequently linked to motivation, and it is related to certain concepts, such as creativity, love, etc. Vallerand et al. [30] defined passion as a strong tendency towards an activity that people like, that is important for them, and in which they

invest time and energy. They proposed a dualistic approach in which there are two types of passion: obsessive passion and harmonious passion. Both impact differently on the individuals' identity, which is understood as their personality characteristics, their experiences, and the relationship between these two concepts.

The features of both concepts regarding the control of the activity, its affective consequences, and the consequences for job performance are evident:

- (1) Harmonious passion is the result of the internalization of the autonomous activity into the individual's identity. The accomplishment of this task is freely accepted and it is not mediated by contingencies other than the person's own motivation. The participation is voluntary, developing a sense of will and personal support. Therefore, the activity holds a significant place in the life of the person, but it allows for harmonizing activities with the other life areas. Harmonious passion will lead to more positive and less negative affect during the time dedicated to the task.
- (2) Conversely, obsessive passion is the result of an internal level of control of the activity developed. The person feels self-imposed pressures as well as those from others. A sense of pathological dependence is developed, which consequently brings the impossibility of avoiding the performance of the desired task. Therefore, the activity that was initially a pleasure becomes an obligation that must be under control.

Individuals suffer intrapersonal and/or interpersonal pressures either because of certain contingencies or because their own emotions generate a feeling of dependency that leads to an uncontrollable need to participate in the activity. Thus, although they are excited about participating in the activity, they feel immersed in a sense of obligation and, then, the activity becomes the controlling agent. These individuals focus their lives on the activity, which holds a prominent place in their identity and brings along a lack of compatibility with other aspects of their lives. This circumstance not only creates an intrapsychic conflict, but also many interpersonal ones, making it difficult to reconcile one's everyday labor duties with other life areas. Subsequently, these people suffer an internal compulsion that leads them to participate in the activity even when they should not, and this may cause a conflict between the passionate activity and their participation in other tasks [31]. Thus, a cognitive dissonance is usually found between what they should be doing and what they actually do, thus justifying the time devoted to these activities. They feel emotionally trapped by the activity, even knowing its consequences are not beneficial and that these can even bring negative consequences. They consider that they should perform the activity and, eventually, the activity is in control of their lives.

Nursing is understood as a vocational profession. Vocational workers identify themselves with certain meaning and ideology that, in the case of the nursing professional, is caring [32]. Thus, due to vocational caring, nurses are predisposed to develop a high passion for work. When working with passion, professionals are more effective and health teams are more stable, thus reducing staff turnover [33].

Passion at work can be promoted. Li, Zhang and Yang found a positive association between leaders' and workers' passion at work: leader's work passion was transferred to employees via emotional contagion. Leaders may act as role models in fostering passion at work [34]. Luo, Bai, Min, Tang, and Fang proposed training opportunities and personal development opportunities in order to increase passion, enthusiasm, and satisfaction with work [33]. According to Bushardt, Beal, Young, and Khosla, critical thinking and mindfulness training could be effective strategies for preventing the negative effect of passion excess [35].

3.4. Centrality and Meaning of Work

Work centrality has been defined from different perspectives. It can modulate job matching and, therefore, lead to greater happiness in the workplace. The Meaning of Work (MOW) research team has studied this concept in depth since 1987. They describe it as the perception of each individual regarding their work, and the value, relevance, and presence that work represents in their lives [36].

These authors make this construct operational and distinguish two types of centrality: absolute and relative. Absolute centrality relates to the general significance of work for each person. Relative centrality relates to the importance that each individual attributes to work, as compared with other life aspects, such as family, leisure, religion, or community and social relationships [36]. Kanugo identified two main elements in work centrality: work-role centrality, considered as the socially accepted belief about the meaning of work; and, work centrality, as an occupation related to other human areas [37].

Values are also a core concept in the meaning that people attribute to work. Values that are associated to work, in addition to normative beliefs and the central role that work plays in one's life, are essential for a whole understanding of the concept of meaning of work. Work values refer to expectations and rewards that were obtained through working. Hoppok and Super studied the relationship between work satisfaction and certain aspects, such as salary, schedules, promotion, or diversity [38]. Super described work values, as the set of objectives that people expect to achieve from working and that motivate them to work, could be intrinsic or extrinsic [39]. According to Zytowski, work values could be considered as mediating concepts between affection and the external objects that offer a similar satisfaction [40]. Pryor defined work values as qualities or rewards that are expected to be obtained from working (money, safety conditions, altruism . . .) [41].

Nurses deal with emotionally stressful situations involving suffering, pain, sense of loss, and other hard feelings on the daily basis. To cope with these vulnerable situations, nurses expect a reward that goes beyond money or job stability. Finding meaning in work is also essential for coping with stressful situations inherent to the nursing work [42]. The meaning of work has been explored in nursing. Lee concept analysis revealed four main attributes: experienced positive emotion at work, meaning from work itself, meaningful purpose and work goals, and work as a part of life that contributes towards a meaningful existence [43].

Nurses have described the key elements that bring meaning into their work: relationships with each other and with the patients, a commitment to compassionate caring, personal identity with the profession, and mentorship that they received as students [42]. Pavlish and Hunt exploratory study revealed that connections, contributions, and recognition were the requirements for a meaningful work for nurses. Participants described learning-focused environment, teamwork, constructive management, and time with patients as facilitators of meaningfulness and task-focused environment, while considering stressful relationships and divisive management as barriers [44]. Spending time with the patient also improves the meaning of work, as well as the relational aspects of caring [45].

4. Discussion

The theoretical analysis revealed engagement, passion at work, centrality, and meaning of work as positive psychology variables that affect nursing professionals and quality of care.

Some studies argued that engagement is a consequence of certain situations, while others claim that it is engagement that influences these situations [24]. The variables, both personal and situational, which can help to develop engagement, have been analyzed. Regarding the situational variables, personal and job resources, or even emotional contagion, can be considered as triggering causes of engagement. Other situational variables, however, can be influenced by engagement: attitudes towards the specific task or institution, actual performance of such tasks, and self-efficacy. Regarding the personal variables, Hakanen, Bakker, and Schaufeli highlighted proactivity, motivation towards achievement, responsibility and decision-making ability, problem solving, and ability to address risks [46]. Salanova and Schaufeli considered that one of the basic characteristics of engagement is assertiveness towards complex situations, as it favors the perception of self-efficacy regarding job performance [24].

More specifically, in the nursing field, some psychological characteristics have been identified as relevant to face job demands: emotional intelligence, level of resistance to situations, and coping strategies. A research conducted by Bakker and Sanz-Vergel with primary care nurses showed that the sense of self-efficacy and optimism was highly related to engagement in situations where high

emotional overload and low-time pressure were perceived [47]. Wan, Zhou, Li, Shang, and Yu aimed at identifying work engagement predictors in registered nurses. Findings showed that nurses' age, job characteristics, and practice environment were significantly related to work engagement [48]. Engaged employees have also proven to be healthier and more efficient. Therefore, effective management of excessive workload, higher levels of autonomy, and greater job support are required to minimize the impact of job stressors [49].

Regarding passion for work, Cazares and García carried out research aiming to analyze the relationship between passion for work, resilience, and quality of professional life in hospital nurses. The results showed a professional life quality ranging from low to high. It concluded that nurses are satisfied with their job and with providing care [50]. Another study that was carried out by Trépanier, Ferne, Austin, Forest, and Vallerand analyzed the role of passion at work in health deterioration and in motivation towards work, according to the job demands-resources model. When considering the dualistic approach to passion, the objective of this paper was to analyze the correlation, on the one hand, between harmonious and obsessive passion and job demands and burnout/commitment and, on the other hand, the correlation between harmonious and obsessive passion and job resources and burnout/commitment. The results showed that both types of passion partially modulate the relationship between job demands and commitment, while harmonious passion influences the relationship between job resources and burnout/commitment [51].

Although involvement, engagement, and work centrality have been used as the same concept in the literature, there are conceptual differences between them [52]. Salanova stated that centrality is the place that work occupies in one's life, as perceived by the person. Involvement and commitment to work relate to cognitive, affective, and emotional responses that are associated to the labor activity, and also their attitudinal and behavioral implications [53]. An analysis that was made by the MOW group on work values identified two integrating concepts. On the one hand, valued work outcomes represent the motivation for working, the goals that each individual aims to achieve, this is, the main reasons why people go to work. On the other hand, the importance of work goals is the relevance of work perceived by individuals and it should be understood as the updating or correction of values in a particular job.

Involvement, engagement, and work centrality have been defined as different concepts in literature. García, Pinazo, and Carrero conducted a theoretical analysis of the empirical research involving these concepts. They concluded that, although they have been used and operationalized separately, they share a common theoretical basis, which is the importance of work [52]. Salanova, Gracia, and Peiró description of job involvement and commitment to work includes emotions and cognitive responses, as it focuses on attitudes and behaviors that are derived from the job performance. According to these authors, centrality refers to the relevant position that work occupies in someone's life, without the emotional connotations [53].

Regarding work values, the MOW group distinguished between the valued results of the work and the importance of work-related issues [36]. Work values are considered to be powerful motivating elements [54]. The valued results of the work are the reason for working. They guide people in their job sphere as they are the outcomes expected by workers. The importance of work goals depends on the workers' perception about their job. They are concrete values and outcomes that workers obtain from work.

A traditional classification grouped these aspects into social, extrinsic, and intrinsic to the work itself. Salanova, Gracia, and Peiró highlighted that intrinsic values focus on the individual's actual working activity (aspects related to the content of the work), from which the person exercises internal control [53]. This activity is a purpose in itself, and is an expressive, valuable, and satisfying activity for the person. On the contrary, extrinsic values do not focus on the work performed, but on the context of work, which exercises external control over the person. This work, which was performed to obtain some benefit, is not a purpose in itself, but a means for achieving other goals. Intrinsic aspects refer to characteristics of the work activity, i.e., whether it offers varied tasks, responsibilities, opportunities to

develop competences and skills, or provides opportunities to learn. Extrinsic aspects refer to working conditions, such as schedule, job security, and earnings. Finally, it is worth distinguishing the social aspects of work. Thus, the acquired social status and relationships with colleagues are also valued aspects by workers.

5. Conclusions

Health professionals, especially nurses, experience high levels of stress, anxiety, emotional overload, and/or compassion fatigue, mainly as a result of the nature of their work and workplace. Mental health, job satisfaction, and working conditions can influence, either as protective or as damaging factors, their professional performance. As it is a collective that deals with people's health, any professional error that is caused by psychosocial distortion could result in damage to patients and even death or disability.

Positive psychology is regarded by many authors as the cornerstone for improving the quality of employees' lives, and it can also be a key tool for improving nursing quality of care and patient safety. For people to be fully developed in their professional performance, favorable satisfaction with their bio-psychosocial dimensions is necessary, and it is here that this branch of psychology is particularly relevant.

Strategies to promote engagement, increase workers' satisfaction with their activity, improve safety conditions, and generate a positive work environment and sufficient availability of physical and psychosocial resources for the performance of the role should be implemented in order to prevent burnout.

Positive psychology helps nurses to face their complex reality and relevant daily activities, also contributing to providing quality care. We must direct our efforts towards a humanist nursing care, in which professionals are able to care for the others as well as for themselves. If the professionals are not physically involved, cognitively alert, and emotionally connected, they may not offer the quality care that patients require.

Limitations and Future Research Work

People management policies implemented in organizations tend to centralize their importance in a culture of prevention regarding certain risk factors. Although, in recent decades, emphasis has been put on the importance of psychosocial factors, these strategies are based on the targeting of interventions in situations of stress and their consequences, such as the burnout syndrome or anxious-depressive disorders. The main limitation that was found in this study was the shortage of papers where intervention strategies were orientated to the development of values that promote attitudes included in the field of positive psychology. There are studies that propose a descriptive analysis diagnosis of the organizations where nurses perform their profession, and studies that offer programs aimed at interventions in pathological situations. A line of future work could be the implementation of intervention programs in healthcare organizations where values, such as engagement, passion, centrality, and meaning of work, are developed, conducting an analysis of the benefits of these programs.

Author Contributions: Conceptualization, J.G.-S., Y.N.-A., M.J.L.-L., M.R.-M. and J.A.C.-R.; Data curation, J.G.-S., Y.N.-A., M.J.L.-L., M.R.-M. and J.A.C.-R.; Formal analysis, J.G.-S., Y.N.-A., M.J.L.-L., M.R.-M. and J.A.C.-R.; Investigation, J.G.-S., Y.N.-A., M.J.L.-L., M.R.-M. and J.A.C.-R.; Methodology, J.G.-S., Y.N.-A., M.J.L.-L., M.R.-M. and J.A.C.-R.; Project administration, J.G.-S. and Y.N.-A.; Supervision, J.G.-S., Y.N.-A., M.R.-M. and J.A.C.-R.; Validation, J.G.-S., Y.N.-A., M.J.L.-L., M.R.-M. and J.A.C.-R.; Visualization, M.J.L.-L.; Writing – original draft, J.G.-S., Y.N.-A., M.J.L.-L., M.R.-M. and J.A.C.-R.

Funding: This research received no external funding.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Organização Panamericana da Saúde no Brasil. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos Para os Serviços de Saúde*. Brasília (DF); Ministério da Saúde do Brasil: Brasília, Brasil, 2001.
2. Ceballos, P.; Valenzuela, S.; Paravic, T. Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: Género y enfermería. *Avances en Enfermería* **2014**, *XXXII*, 271–279. [[CrossRef](#)]
3. Manning, E.; Gagnon, M. The complex patient: A concept clarification. *Nurs. Health Sci.* **2017**, *19*, 13–21. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. McDonald, G.; Jackson, D.; Wilkes, L.; Vickers, M.H. A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Educ. Today* **2012**, *32*, 378–384. [[CrossRef](#)]
5. Jenaro, C.; Flores, N.; Orgaz, B.; Cruz, M. Vigour and dedication in nursing professionals: Towards a better understanding of work engagement. *J. Adv. Nurs.* **2011**, *67*, 865–875. [[CrossRef](#)]
6. Arroigante, O.; Pérez-García, A.M. El bienestar subjetivo percibido por los profesionales no sanitarios ¿es diferente al de enfermería de intensivos? Relación con personalidad y resiliencia. *Enferm. Intensiv*, **2013**, *24*, 145–154. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
7. Crugeiras Suárez, M.J. La luz y las sombras de la empatía. *Archivos de la Memoria* **2013**, *10*, 234–267.
8. Seligman, M.E.P.; Csikszentmihalyi, M. Positive psychology: An introduction. *Am. Psychol.* **2000**, *55*, 5–14. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
9. Salanova, M.; Llorens, S.; Martínez, I. Contributions from positive organisational psychology to develop healthy and resilient organisations. *Papeles del Psicólogo* **2016**, *37*, 177–184.
10. Lomas, T.; Ivztan, I. Second Wave Positive Psychology: Exploring the Positive–Negative Dialectics of Wellbeing. *J. Happiness Stud.* **2016**, *17*, 1753–1768. [[CrossRef](#)]
11. Wong, P.T.P. Positive Psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Can. Psychol.* **2011**, *52*, 69–81.
12. Peterson, C.; Seligman, M.P.E. *Character, Strengths and Virtues: A Classification and Handbook*; Oxford University Press/American Psychological Association: New York, NY, USA, 2004.
13. Garrosa, E.; Moreno-Jiménez, B.; Rodríguez-Muñoz, A.; Rodríguez-Carvajal, R. Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *Int. J. Nurs. Stud.* **2011**, *48*, 479–489. [[CrossRef](#)]
14. Martín, M.L.; Chamorro, E. *Historia De La Enfermería: Evolución Histórica Del Cuidado Enfermero*; Elsevier: Madrid, Spain, 2017.
15. González-Kadashinskaia, G.O.; Zambrano-Cornejo, M.D.; Fleitas-Gutiérrez, D. Ética y bioética en los profesionales de enfermería. *Dominio de las Ciencias* **2016**, *2*, 106–119.
16. Cabal, V.E. Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería* **2016**, *6*, 73–81. [[CrossRef](#)]
17. Kérouac, S.; Ducharme, F. *El Pensamiento Enfermero*; Masson: Barcelona, Spain, 1996.
18. Raile, M.; Marrineer, A. *Modelos Y Teorías De Enfermería*; Elsevier: Barcelona, Spain, 2011.
19. Colley, S. Nursing theory: Its importance to practice. *Nurs. Stand.* **2003**, *17*, 33–37. [[CrossRef](#)]
20. Kuhn, T.S. *La Estructura De Las Revoluciones Científicas*; FCE: Mexico City, México, 1971.
21. Kahn, W.A. Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Acad. Manag. J.* **1990**, *33*, 692–724.
22. Cárdenas, T.; Jaik, A. Inventario para la medición del Engagement (ilusión por el trabajo). Un estudio instrumental. *Psicogente* **2014**, *17*, 294–306.
23. Silva Peralta, Y.F.; Carena Colón, M.Y.; Canuto Juárez, M. Niveles de engagement y burnout en voluntarios universitarios: Un estudio exploratorio y descriptivo. *Boletín de Psicología* **2013**, *108*, 37–57.
24. Salanova, M.; Schaufeli, W.B. *El Engagement De Los Empleados. Cuando El Trabajo Se Convierte en Pasión*; Alianza Editorial: Madrid, Spain, 2009.
25. Bargagliotti, L. Work engagement in nursing: A concept analysis. *J. Adv. Nurs.* **2012**, *68*, 1414–1428. [[CrossRef](#)]
26. García-Sierra, R.; Fernández-Castro, J.; Martínez-Zaragoza, F. Work engagement in nursing: An integrative review of the literature. *J. Nurs. Manag.* **2016**, *24*, 101–111. [[CrossRef](#)]
27. Dasgupta, P. Work Engagement of Nurses in Private Hospitals. A Study of Its Antecedents and Mediators. *J. Health Manag.* **2016**, *18*, 555–568. [[CrossRef](#)]

28. Keyko, K.; Cummings, G.C.; Yonge, O.; Wong, C.A. Work engagement in professional nursing practice: A systematic review. *Int. J. Nurs. Stud.* **2016**, *61*, 142–164. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
29. Sohrabizadeh, S.; Sayfour, N. Antecedents and Consequences of Work Engagement among Nurses. *Iran. Red Crescent Med. J.* **2014**, *16*, e16351. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
30. Vallerand, R.J.; Blanchard, C.; Mageau, G.A.; Koestner, R.; Ratelle, C.; Leonard, M.; Gagne, M.; Marsolais, J. Les passions de l'âme: On obsessive and harmonious passion. *J. Pers. Soc. Psychol.* **2003**, *85*, 756–767. [[CrossRef](#)]
31. Gorgievski, M.J.; Bakker, A.B. Passion for work: Work engagement versus workaholism. In *The Handbook of Employee Engagement: Perspectives, Issues, Research and Practice*; Albrecht, S.L., Ed.; Edward Elgar: Cheltenham, UK, 2010; pp. 264–271.
32. White, K. Nursing as a vocation. *Nurs. Ethics* **2002**, *9*, 279–290. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
33. Luo, Z.; Bai, X.; Min, R.; Tang, C.; Fang, P. Factors influencing the work passion of Chinese community health service workers: An investigation in five provinces. *BMC Fam. Pract.* **2014**, *15*, 77. [[CrossRef](#)]
34. Li, J.; Zhang, J.; Yang, Z. Associations between a Leader's Work Passion and an Employee's Work Passion: A Moderated Mediation Model. *Front. Psychol.* **2017**, *8*, 1447. [[CrossRef](#)]
35. Bushardt, S.C.; Beal, B.D.; Young, M.; Khosla, S. Professional nurses and the dark side of work passion. *Nurse Manag.* **2016**, *47*, 48–52. [[CrossRef](#)]
36. MOW International Research Team. *The Meaning of Work: International View*; Academy Press: London, UK, 1987.
37. Kanungo, R.N. Making meaning out of MOW research: A discussion. *Eur. J. Work Organ. Psychol.* **1991**, *1*, 161–166. [[CrossRef](#)]
38. Hoppock, R.; Super, D.E. Vocational and educational satisfaction. *Handb. Appl. Psychol.* **1950**, *23*, 421–443.
39. Super, D.E. *Work Values Inventory*; Houghton Mifflin: Boston, MA, USA, 1968.
40. Zytowski, D.G. The concept of work values. *Vocat. Guid. Q.* **1970**, *18*, 176–186. [[CrossRef](#)]
41. Pryor, R.G. Interest and values as preferences. *Aust. Psychol.* **1981**, *16*, 258–272. [[CrossRef](#)]
42. Malloy, D.C.; Fahey-McCarthy, E.; Murakami, M.; Lee, Y.; Choi, E.; Hirose, E.; Hadjistavropoulos, T. Finding Meaning in the Work of Nursing: An International Study. *Online J. Issues Nurs.* **2015**, *20*, 7. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
43. Lee, S. A concept analysis of 'Meaning in work' and its implications for nursing. *J. Adv. Nurs.* **2015**, *71*, 2258–2267. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
44. Pavlish, C.; Hunt, R. An exploratory study about meaningful work in acute care nursing. *Nurs. Forum* **2012**, *47*, 113–122. [[CrossRef](#)]
45. Tufte, P.; Clausen, T.; Nabe-Nielsen, K. Client-related work tasks and meaning of work: Results from a longitudinal study among eldercare workers in Denmark. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* **2012**, *85*, 467–472. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
46. Hakanen, J.J.; Bakker, A.B.; Schaufelil, W.B. Burnout and work engagement among teachers. *J. Sch. Psychol.* **2006**, *43*, 495–513. [[CrossRef](#)]
47. Bakker, A.B.; Sanz-Vergel, A.I. Weekly work engagement and flourishing: The role of hindrance and challenge demands. *J. Vocat. Behav.* **2013**, *83*, 397–409. [[CrossRef](#)]
48. Wan, Q.; Zhou, W.; Li, Z.; Shang, S.; Yu, F. Work engagement and its predictors in registered nurses: A cross-sectional design. *Nurs. Health Sci.* **2018**, *20*, 415–421. [[CrossRef](#)]
49. Setti, I.; Argentero, P. Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers. *Nurs. Health Sci.* **2011**, *13*, 425–432. [[CrossRef](#)]
50. Cazares, C.L.; García, B.R. *La Pasión Por El Trabajo Y La Resiliencia en Personal De Enfermería*; Académica Española: Madrid, Spain, 2014.
51. Trépanier, S.G.; Fernet, C.; Austin, S.; Forest, J.; Vallerand, R.J. Linking job demands and resources to burnout and work engagement: Does passion underlie these differential relationships? *Motiv. Emot.* **2014**, *38*, 353–366. [[CrossRef](#)]
52. García, A.F.; Pinazo, D.C.; Carrero, V.P. Implicación, compromiso y centralidad con el trabajo: ¿es o no el mismo concepto? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones* **2001**, *17*, 109–121.

53. Salanova, M.; Gracia, F.J.; Peiró, J.M. Significado del trabajo y valores laborales. In *Tratado de Psicología del Trabajo (Vol. II: Aspectos psicosociales del trabajo)*; Peiró, J.M., Prieto, F., Eds.; Síntesis: Madrid, Spain, 1996; pp. 35–63.
54. Peiró, J.M.; Prieto, F.; Bravo, M.J.; Ripoll, P.; Rodríguez, I.; Hontangas, P.; Salanova, M. *Los Jóvenes Ante El Primer Empleo, El Significado Del Trabajo Y Su Medida*; Nau Llibres: Valencia, Spain, 1993; pp. 55–58.



© 2019 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

10.1.4. El cuidado expresado en los comportamientos enfermeros desde la perspectiva de los profesionales y los pacientes.

Título	El cuidado expresado en los comportamientos enfermeros desde la perspectiva de los profesionales y los pacientes.
Autoría	Romero-Martín M, Gómez-Salgado J, Ponce-Blandón JA.
Referencia	Rev ROL Enferm. 2019; 42 (5): 48-56
Revista	Revista ROL de Enfermería
Factor de Impacto 2018	0.1
Categoría SJR	Medicine (miscellaneous)
Puesto que ocupa en la categoría	
Cuartil	Q4
Indexada en	ESCI Journal Citation Reports CINAHL: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (EBSCO Publishing) Cuiden (Fundación Index) LATINDEX (Universidad Nacional Autónoma de México) IBECS (Instituto de Salud Carlos III) DIALNET Universidad la Rioja) WorldCat (Online Computer Library Center) MEDES (Fundación Lilly) ENFISPO (Universidad Complutense de Madrid) IME (Índice Médico Español)

PUBLICACIONES

El artículo “El cuidado expresado en los comportamientos enfermeros desde la perspectiva de los profesionales y los pacientes.” que forma parte del apartado publicaciones, ha sido retirado de la tesis debido a restricciones relativas a derechos de autor. En sustitución del artículo ofrecemos la siguiente información: referencia bibliográfica, enlace a la revista y resumen.

Romero Martín M, Gómez Salgado J, Ponce Blandón JA.: “El cuidado expresado en los comportamientos enfermeros desde la perspectiva de los profesionales y los pacientes”. Revista Rol de Enfermería. 42 (5): 48-56 (2019). ISSN 0210-5020

Enlace a la revista: <https://www.e-rol.es/body.php>

Resumen:

Introducción. El cuidado está implícito en todas las intervenciones enfermeras y se expresa a través de actos concretos, comportamientos reconocibles y observables. El Caring Behaviours Inventory (CBI) es una herramienta diseñada para valorar el cuidado expresado a través de los comportamientos enfermeros, contextualizada dentro del modelo de Jean Watson. Es deseable conocer si los comportamientos y actividades enfermeras están transmitiendo el principal objetivo profesional, o, por el contrario, el cuidado se diluye en las tareas. El presente trabajo pretende explorar el cuidado expresado en los comportamientos desde la perspectiva de los profesionales y usuarios, empleando el CBI. **Metodología.** Revisión de la literatura en las bases de datos PubMed, Scopus, CINAHL y Cuiden, con la estrategia de búsqueda «Caring Behavio* Inventory» AND «Nursing» y los criterios de inclusión: trabajo de investigación clínica, emplear CBI, población de estudio conformada por enfermeras y/o usuarios, publicación entre 2012 y 2017 en español o inglés. **Resultados.** De las 73 referencias iniciales, 12 artículos fueron incluidos. Las puntuaciones medias totales del CBI oscilan entre 5,4 y 4,2. La versión de la herramienta más frecuente es CBI-24, empleada en el 59% de los estudios. La dimensión «pericia profesional» es la mejor valorada, y la peor, «conexión positiva». **Conclusiones.** El cuidado percibido en la relación enfermera-paciente es alto y de naturaleza instrumental. Las enfermeras consideran que a través de sus comportamientos transmiten más cuidado del que los usuarios perciben recibir. Los resultados permiten adecuar la intervención y formación enfermera a las expectativas y percepciones de los usuarios.

