



VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL AL ITALIANO DE LA CARING EFFICACY SCALE SEGÚN LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Cesar Iván Avilés González

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL AL ITALIANO
DE LA CARING EFFICACY SCALE SEGÚN LA
TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO
DE JEAN WATSON**

Cesar Iván Avilés González



TESIS DOCTORAL

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'INFERMERIA



Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona, Espanya
Tel. 977 258 624 / 25
Fax. 977 258 485

E-mail: ednfm@urv.cat

Maria F. Jiménez Herrera, Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili

Hago constar:

Que el presente Trabajo, titulado "VALIDACIÓN Y ADAPTACION CULTURAL AL ITALIANO DE LA CARING EFFICACY SCALE SEGÚN LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON", que presenta el Sr. Cesar Aviles González para la obtención del título de Doctor, ha estado realizado bajo mi dirección en el Departamento de Enfermería de esta Universidad y cumple con los requisitos para su depósito y defensa pública.

Tarragona, 29 de Febrero de 2020

Cesar Iván Avilés González

**Validación y adaptación cultural al italiano de la Caring
Efficacy Scale según la teoría del cuidado humano de Jean
Watson**

TESIS DOCTORAL

Dirigido por: María Francisca Jiménez Herrera

Departamento de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2020

A DIOS por permitirme realizar mis proyectos.

A mi primogénito Enrique que, le ha dado aún más sentido a mi vida.

A Francesca Spina la mujer que amo.

Agradecimientos

A DIOS por darme la vida

A mi hermana Ingrid por su apoyo emocional y económico

A mi familia por su apoyo incondicional

A mis amigos por tolerarme

A mi mujer por comprenderme y apoyarme en este camino

A mi tutora por su apoyo.

Índice

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	19
INDICE DE FIGURAS	22
INDICE DE ABREVIATURAS	23
RESUMEN	28
ABSTRACT	36
RIASSUNTO.....	42
INTRODUCCIÓN.....	50
1. MARCO TEORICO.....	58
1.1 LA TEORIA DEL CUIDADO HUMANO SEGÚN JEAN WATSON.	58
1.2 . OTROS CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON	98
1.3 . CÓMO MEDIR Y ANALIZAR DESDE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON	104
1.4. LA AUTOEFICIA SEGÚN BANDURA	111
1.5 THE CARING EFFICACY SCALE	115
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	132
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	138

3.1. OBJETIVOS	138
3.1.1. <i>Objetivo General</i>	138
3.1.2. <i>Objetivos Específicos</i>	138
3.2. HIPÓTESIS	138
4. METODOLOGÍA.....	143
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	143
4.2. CONTEXTO DEL ESTUDIO	143
4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	145
4.3.1. <i>Tipo de Muestra</i>	145
4.3.2. <i>Cálculo del tamaño de la muestra</i>	146
4.4. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	146
4.5. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	150
4.5.1. <i>Formulario de recogidas de datos socio demográficos</i> ..	150
4.5.2. <i>La Caring Efficacy Scale (CES)</i>	150
4.6. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS	151
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	153
4.8. DESARROLLO DEL ESTUDIO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	155
4.8.1. <i>Fase I: proceso de adaptación transcultural de la escala</i> <i>CES</i>	155
4.8.2. <i>Fase II: proceso de validación de la escala y análisis</i> <i>estadístico</i>	164

4.8.2.1. <i>Análisis descriptivo de las variables socio demográficos</i>	164
4.8.2.2. <i>Análisis descriptivo de los ítems de la CES</i>	164
4.8.2.3 <i>Análisis de la fiabilidad interna o consistencia interna</i> ..	164
4.8.2.4. <i>Análisis de la fiabilidad test-retest o estabilidad temporal</i>	165
4.8.2.5. <i>Análisis de la validez</i>	166
5. RESULTADOS	175
5.1. RESULTADOS FASE 1: PROCESO DE ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DE LA CES	175
5.2. RESULTADOS DE LA FASE 2: PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA CES Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	183
5.2.1. <i>Descripción de la muestra de estudio</i>	183
5.2.1.1. <i>Descripción de las variables socio demográficas</i>	183
5.2.2. <i>Resultados del análisis descriptivo de los ítems de la CES:</i>	184
5.2.3. <i>Resultados del análisis de la fiabilidad</i>	193
5.2.3.1. <i>Resultados del análisis de la consistencia interna</i>	193
5.2.4.1. <i>Resultados del análisis de la validez-resultados del análisis de la validez convergente</i>	199

5.2.4.2 Validez de constructo: Análisis Factorial.....	200	
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	211	
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	223	
8. CONCLUSIONES.....	228	
8.1 CONCLUSIONES (ESPAÑOL)	228	
8.2 CONCLUSIONI	231	
8.3 CONCLUSIONS.....	234	
9. APORTACIONES DERIVADAS DE LA TESIS	240	
10. BIBLIOGRAFIA.....	245	
11. ANEXOS.....	277	
ANEXO 1 VERSIÓN ITALIANA DE LA CES CON EL RESPECTIVO		
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	277	
ANEXO 2 AUTORIZACIÓN PARA LA ADAPTACIÓN CULTURAL AL ITALIANO DE		
LA CES.	279	
ANEXO 3 AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA. 280		
ANEXO 4 EXPERIENCIA DE TRES MESES EN LA UNIVERSITA DEGLI STUDI DI		
CAGLIARI.....	287	
ANEXO 5 VERSIÓN ORIGINAL (INGLES) DE LA CES		288

ANEXO 6 PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA INVESTIGACIÓN 292

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 PRÁCTICA DE AMOROSA BONDAD Y ECUANIMIDAD EN EL CONTEXTO DE UN CUIDADO CONSCIENTE	62
TABLA 2 PC2 SER AUTÉNTICAMENTE PRESENTE Y PERMITIR Y MANTENER EL SISTEMA DE CREENCIAS PROFUNDAS DEL INDIVIDUO, COMPATIBLE CON SU LIBERTAD. AL SER LIBRE, CON CREENCIAS PROPIAS, ES UN SER PARA EL CUIDADO.....	66
TABLA 3 PC 3 EL CULTIVO LIBRE DE LAS PROPIAS PRÁCTICAS ESPIRITUALES Y TRANSPERSONALES, QUE VAYA MÁS ALLÁ DEL EGO Y LA APERTURA A LOS DEMÁS CON SENSIBILIDAD Y COMPASIÓN	70
TABLA 4 PC 4 DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE UNA AUTÉNTICA RELACIÓN DE CUIDADO, A TRAVÉS DE UNA RELACIÓN DE CONFIANZA	74
TABLA 5 PC 5 ESTAR PRESENTE Y CONSTITUIRSE EN APOYADOR DE LA EXPRESIÓN DE LOS SENTIMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS EN UNA CONEXIÓN CON LA ESPIRITUALIDAD MÁS PROFUNDA DEL SER QUE SE CUIDA	77
TABLA 6 PC 6 EL USO CREATIVO DE UNO MISMO, COMO PARTÍCIPE EN EL ARTE DE CUIDAR Y DE TODAS LAS MANERAS DE CONOCER COMO PARTE DEL PROCESO ASISTENCIA	84

Índice de tablas

TABLA 7 PC7 PARTICIPAR DE UNA VERDADERA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE QUE ATIENDA A LA UNIDAD DEL SER Y DE SU SENTIDO Y QUE TRATE DE MANTENERSE EN EL MARCO REFERENCIAL DEL OTRO.....	88
TABLA 8 PC8 CREACIÓN D'UN MEDIO AMBIENTE DE CUIDADO EN TODOS LOS NIVELES (FÍSICO, NO FÍSICO, AMBIENTAL DE ENERGÍA Y DE CONCIENCIA) YA SEA EL TODO, BELLEZA, CONFORT, DIGNIDAD Y PAZ	91
TABLA 9 PC9 LA ASISTENCIA EN NECESIDADES BÁSICAS, CON UN CUIDADO CONSCIENTE E INTENCIONAL QUE TOCA Y ENVUELVE	94
TABLA 10 PC10 ABRIRSE Y ATENDER A DIMENSIONES ESPIRITUAL- MISTERIOSA Y EXISTENCIAL DE VIDA-MUERTE, CUIDAR EL ALMA PROPIA Y DEL SER CUIDADO	97
TABLA 11 REVISIÓN DEL USO Y ADAPTACIÓN DE LA “CARING EFFICACY SCALE”	122
TABLA 12 VARIABLES RELACIONADAS CON LA CARING EFFICACY SCALE ..	149
TABLA 13 DIRECTRICES PREVIAS.....	156
TABLA 14 DIRECTRICES DE DESARROLLO	157
TABLA 15 DIRECTRICES DE CONFIRMACIÓN.....	158
TABLA 16 DIRECTRICES DE APLICACIÓN	158
TABLA 17 DIRECTRICES SOBRE PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN	158
TABLA 18 DIRECTRICES SOBRES LA DOCUMENTACIÓN	159

TABLA 19 VERSIÓN FINAL AL ITALIANO DE LA CES COMPARADA CON LA VERSION ORIGINAL EN INGLÉS.....	182
TABLA 20 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA	185
TABLA 21 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DE LA CES	192
TABLA 22 COEFICIENTE DE CONSISTENCIA INTERNA ALFA DE CRONBACH DE LA CES	195
TABLA 23: CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL DE LA CES	197
TABLA 24 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN INTRACLASE (CCI) DE LA CES .	198
TABLA 25 CARGAS FACTORIALES DERIVADAS DE LA ESTIMACIÓN LS (MÍNIMOS CUADRADOS) DEL ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO (λ_{ij}).	205
TABLA 26 AJUSTE ESTADÍSTICO DE LOS MODELOS HIPOTÉTICOS Y ALTERNATIVOS PARA LOS PAÍSES MEDITERRÁNEOS.....	205
TABLA 27 ÍNDICES DE BONDAD DE AJUSTE DEL MODELO CONFIRMATORIO.	207
TABLA 28 CONCLUSIONES	230
TABLA 29 CONCLUSIONI.....	233
TABLA 30 CONCLUSIONS	236

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 PROCESO DE ADAPTACIÓN CULTURAL AL ITALIANO DE LA CES... 163

FIGURA 2 PARÁMETROS ESTANDARIZADOS DEL MODELO 202

INDICE DE ABREVIATURAS

AGFI	Adjusted goodness-of-fit index
AIC	Akaike's information criterion
BBNFI	Bentler bonnet normed fit index
BBNFI	Bentler bonnet non normed fit index
CCI	Coefficiente de correlación intraclase
CFA	Confirmatory factor analysis
CFI	Comparative fit index
CES	Caring efficacy scale
DA	Directrices sobre la aplicación
DC	Directrices de confirmación
DE	Desviación estándar
DD	Directrices de desarrollo
DP	Directrices previas
DPI	Directrices sobre puntuación e interpretación
DSD	Directrices sobre la documentación
EBE	Enfermería basada en la evidencia
EFA	Exploratory factor analysis
GFI	Goodness of fit index.
GLS	Mínimos cuadrados generalizados
ITC	International test commission
IWS	Índice de satisfacción laboral
NNFI	Non-normed fit index.
OPACSP	Nivel de significación
PC	Proceso caritas
FC	Factor caritas
RMR	Root mean-square residual
RMSEA	Root mean square error of approximation
SOC	Sense of coherence scale
SPSS	Statistical package for the social sciences
TLI – TLI	Tuckerlewis index
WCPS - WATSON	Caritas process score

Resumen

Resumen

Introducción: El cuidado es la esencia de la práctica de enfermería. La Caring Efficacy Scale se desarrolló con el propósito de medir la autoeficacia de las/los enfermeros(as) para proveer cuidados y mantener relaciones de cuidado con los pacientes. El cuidado es la esencia de la práctica de enfermería y se basa en la construcción de una relación auténtica entre enfermeras(os), pacientes y familias de pacientes. La teoría del cuidado humano de Watson explica mejor este concepto. Según Watson, el cuidado humano se puede definir como la intensidad de la relación persona a persona con el objetivo de ayudar a los pacientes a mantener la dignidad humana mediante el logro de una totalidad de las dimensiones mente, cuerpo y alma. Los modelos que no se preocupan están más orientados a los aspectos psicológicos y sociales; estos modelos pueden conducir a la insatisfacción del paciente como una amenaza principal para la atención de calidad. Esto sugiere que es necesario abordar y evaluar la experiencia de cuidado de las/los enfermeros(as) para mejorar su conciencia, así como sus resultados de cuidado. Las medidas de cuidado ya han sido desarrolladas y fundamentadas por varios estudios en la cultura italiana. Sin embargo, estos instrumentos validados se refieren específicamente al comportamiento de cuidado percibido y a las percepciones relacionadas con las dimensiones del cuidado en enfermeras(os) y pacientes. Aunque estos estudios representan una base

importante para la investigación del cuidado, no se pueden encontrar instrumentos específicos que permitan medir la competencia del cuidado auto informado en el contexto de la enfermería italiana.

Como la eficacia del cuidado puede mejorar la satisfacción del paciente y el bienestar de los trabajadores, medir la eficacia del cuidado de las/los enfermeros(as) permitiría el desarrollo de estrategias que podrían reducir cualquier debilidad, ayudando así a las//las enfermeras(os) a satisfacer mejor las necesidades reales de los pacientes del hospital, así como a mejorar sus estrategias de atención.

Objetivos: Como resultado, siguiendo la teoría de Watson, este estudio tuvo como objetivo adaptar y validar culturalmente la Caring Efficacy Scale (CES) en Italia mediante la prueba de las propiedades psicométricas de la escala original de Coates.

Metodología: Sobre la base de la teoría del Cuidado Humano de Watson, llevamos a cabo la adaptación cultural de la CES, mediante un procedimiento de traducción inversa. También se siguieron las pautas para la traducción, adaptación y validación de la escala para mantener la equivalencia semántica, idiomática y conceptual del cuestionario original.

Dos expertos lingüistas bilingües y dos enfermeras(os) académicas italianas tradujeron el cuestionario original de forma independiente, del inglés al italiano, luego se compararon las traducciones y las principales

inconsistencias las cuales fueron identificadas y discutidas. Algunas oraciones fueron adaptadas lingüística y culturalmente.

Resultados: Logrando como resultado una versión italiana única del cuestionario. Luego, el cuestionario italiano fue traducido al inglés por otro experto lingüístico bilingüe para evaluar la equivalencia. La versión retro traducida se comparó con el cuestionario original. Después de la comparación, los conceptos y significados se consideraron comprensibles y altamente equivalentes. Una vez que se obtuvo la versión final del instrumento italiano, se realizó una prueba previa con 15 enfermeras(os) para garantizar una mayor validez del cuestionario adaptado.

La calidad de la traducción pre-test, la adaptación cultural adecuada y la viabilidad del instrumento. Además, permitió a los investigadores evaluar el tiempo necesario para completar el cuestionario, que debería estar dentro de límites razonables (es decir, 20 minutos), se invitó a las/los enfermeros(as) a validar la escala de eficacia del Cuidado para dar recomendaciones escritas para mejorar la inteligibilidad de los ítems, así como de la estructura gráfica. Después de la prueba previa, se realizaron cambios mínimos en la redacción y los aspectos gráficos. La versión italiana del cuestionario completo se administró en formato impreso a 300 enfermeras(os) en total durante sus horas de trabajo. La recolección de datos se realizó en noviembre de 2017; los participantes recibieron 3 semanas para completar y devolver su

cuestionario en cajas cerradas. Del análisis de los datos se probó la validez convergente y discriminante. Se encontró una estructura de dos factores con 17 ítems. El valor Alfa de Cronbach fue de 0,84 para la confianza en el cuidado, y de 0,75 para las dudas y preocupaciones.

Conclusiones: El análisis de correlación para la validez convergente y discriminante mostró que la confianza en la atención se correlacionó positivamente con el sentido de coherencia y no se encontró una correlación significativa con dudas y preocupaciones. La CES se puede utilizar para identificar los aspectos principales que pueden afectar la orientación al cuidado de las/los enfermeros(as) y utilizar esta información para abordar la educación y la capacitación.

Por lo tanto, esta herramienta puede convertirse en un recurso valioso para los gerentes de enfermería que pueden medir eficientemente la autoeficacia de la enfermera(o) sobre la base de la teoría del cuidado humano, identificando así cualquier debilidad. En brindar atención para mejorar la salud del paciente. Además, este instrumento también puede ser útil para futuras/os enfermeras(os) durante el aprendizaje clínico para mejorar los aspectos críticos del enfoque terapéutico para el paciente. La escala puede examinar los efectos de los programas de asesoramiento y el desarrollo profesional para mejorar la autoeficacia en enfermeras(os) de instituciones de salud.

Resumen

Palabras clave: Caring Efficacy Scale, adaptación cultural, Italia, enfermeras(os), validación psicométrica.

Abstract

Abstract

Introduction: Caring is the essence of nursing practice. The Caring Efficacy Scale (CES) was developed to measure the self-efficacy of nurses to provide care and maintain care relationships with patients. Caring is based on building an authentic relationship between nurses, patients and families. Watson's Human Caring theory better explains this concept. According to Watson, Human Caring can be defined as the intensity of the relationship from person to person in order to help patients maintain human dignity by reaching a totality of the dimensions of mind, body and soul.

The models that do not matter are more oriented to psychological and social aspects; these models can lead to patient dissatisfaction as a serious threat to quality care. This suggests that it is necessary to address and evaluate the experience of nursing care to improve their awareness as well as their treatment outcomes.

Caring measures have already been developed and based on numerous studies on Italian culture. However, these validated tools relate specifically to perceived care behavior and perceptions related to the size of care in nurses and patients. Although these studies represent an important basis for assistance research, it is not possible to find specific tools to measure the competence of informed care in the context of Italian nursing care.

Since the effectiveness of care can improve patient satisfaction and worker well-being, measuring the effectiveness of nursing care would allow the development of strategies that could reduce potential weaknesses, thus helping nurses to better meet the real needs of hospital patients, as well as improving their care strategies.

AIM: Consequently, following Watson's theory, this study aimed to adapt and culturally validate the Caring Efficacy Scale (CES) in Italy by testing the psychometric properties of the original Coates scale.

Methodology: Based on Watson's Human Caring theory, we perform the cultural adaptation of the CES, through a reverse translation procedure. The guidelines for translation, adaptation and validation of the scale were also followed to maintain the semantic, idiomatic and conceptual equivalence of the original questionnaire. Two bilingual linguistic experts and two Italian academic nurses translated the original questionnaire independently, from English into Italian, so the translations and the main inconsistencies were compared, identified and discussed. Some sentences were adapted linguistically and culturally.

Consequently, obtain a single Italian version of the questionnaire. Therefore, the Italian questionnaire was translated into English by another bilingual linguistic expert to assess the equivalence. The translated retro version was compared with the original questionnaire. After the comparison,

the concepts and meanings were considered understandable and highly equivalent.

Results: Once the final version of the Italian instrument was obtained, a preliminary test was carried out with 15 nurses to ensure greater validity of the adapted questionnaire. The quality of the pre-tested translation, the appropriate cultural adaptation and the feasibility of the tool. Furthermore, it allowed researchers to evaluate the time needed to complete the questionnaire, which should be within reasonable limits (or 20 minutes).

Nurses were asked to validate the assistance effectiveness scale to provide written recommendations to improve the intelligibility of objects, as well as the graphic structure. After the previous test, minimal changes were made to the writing and to the graphic aspects. The Italian version of the complete questionnaire was given in paper format to 300 nurses in total during working hours. Data collection was carried out in November 2017; Participants received 3 weeks to complete and return the questionnaire in closed boxes. The convergent and discriminating validity was tested by data analysis. A two-factor structure with 17 elements was found. Cronbach's Alpha value was 0.84 for confidence in care and 0.75 for doubts and concerns. Correlation analysis for convergent and discriminating validity showed that confidence in attention was positively correlated with a sense of

coherence and that no significant correlation with doubts and concerns was found.

Conclusions: The ETUC can be used to identify the main aspects that can influence the orientation of nursing care and use this information to guide education and training. Therefore, this tool can become a valuable resource for nursing managers who can effectively measure the nurse's self-efficacy based on the theory of human care, thus identifying possible weaknesses. In providing assistance to improve patient health. Furthermore, this tool can also be useful for future nurses during clinical learning to improve the critical aspects of the therapeutic approach for the patient. The scale can examine the effects of counseling and professional development programs to improve self-efficacy in nursing institutions.

Keywords: Caring Efficacy Scale; Cultural adaptation, Italy, Nurses, psychometric validation.

Riassunto

Riassunto

Introduzione: Il caring è l'essenza della pratica infermieristica. La Caring Efficacy Scale (CES) è stata sviluppata allo scopo di misurare l'autoefficacia degli infermieri per fornire assistenza e mantenere relazioni di cura con i pazienti. Il caring si basa sulla costruzione di una relazione autentica tra infermieri, pazienti e famiglie. La teoria dello Human Caring di Watson spiega meglio questo concetto. Secondo Watson, lo Human Caring può essere definita come l'intensità della relazione da persona a persona al fine di aiutare i pazienti a mantenere la dignità umana raggiungendo una totalità delle dimensioni della mente, del corpo e dell'anima.

I modelli a cui non importa sono più orientati agli aspetti psicologici e sociali; questi modelli possono portare all'insoddisfazione del paziente come una grave minaccia per l'assistenza di qualità. Ciò suggerisce che è necessario affrontare e valutare l'esperienza di assistenza infermieristica per migliorare la loro consapevolezza, nonché i loro risultati di cura.

Le misure del caring sono già state sviluppate e basate su numerosi studi sulla cultura italiana. Tuttavia, questi strumenti validati si riferiscono in modo specifico al comportamento assistenziale percepito e alle percezioni relative alle dimensioni dell'assistenza in infermieri e pazienti.

Sebbene questi studi rappresentino una base importante per la ricerca sull'assistenza, non è possibile trovare strumenti specifici per misurare la

competenza dell'assistenza informata nel contesto dell'assistenza infermieristica italiana. Poiché l'efficacia dell'assistenza può migliorare la soddisfazione dei pazienti e il benessere dei lavoratori, misurare l'efficacia dell'assistenza infermieristica consentirebbe lo sviluppo di strategie che potrebbero ridurre eventuali punti deboli, aiutando così gli infermieri a soddisfare meglio le reali esigenze dei pazienti ospedalieri, oltre a migliorare le loro strategie assistenziale.

Obiettivo: Di conseguenza, seguendo la teoria di Watson, questo studio mirava ad adattare e validare culturalmente la Caring Efficacy Scale (CES) in Italia testando le proprietà psicometriche della scala originale di Coates, sulla base della teoria dello Human Caring di Watson, eseguiamo l'adattamento culturale del CES, attraverso una procedura di traduzione inversa.

Metodologia: Le linee guida per la traduzione, l'adattamento e la validazione della scala sono state seguite anche per mantenere l'equivalenza semantica, idiomatica e concettuale del questionario originale. Due esperti linguistici bilingui e due infermiere accademiche italiane hanno tradotto il questionario originale in modo indipendente, dall'inglese all'italiano, quindi le traduzioni e le principali incongruenze sono state confrontate, identificate e discusse, alcune frasi sono state adattate linguisticamente e culturalmente.

Ottenendo di conseguenza una versione italiana unica del questionario. Conseguentemente, il questionario italiano è stato tradotto in inglese da un altro esperto linguistico bilingue per valutare l'equivalenza, la versione retrò tradotta è stata confrontata con il questionario originale dopodiché il confronto, i concetti e i significati sono stati considerati comprensibili e altamente equivalenti.

Risultati: Una volta ottenuta la versione finale dello strumento italiano, è stato effettuato un test preliminare con 15 infermieri per garantire una maggiore validità del questionario adattato, la qualità della traduzione pre-testata, l'adeguato adattamento culturale e la fattibilità dello strumento. Inoltre, ciò ha permesso ai ricercatori di valutare il tempo necessario per completare il questionario, che dovrebbe essere entro limiti ragionevoli (ovvero 20 minuti). Gli infermieri sono stati invitati a convalidare la scala di efficacia dell'assistenza per fornire raccomandazioni scritte per migliorare la intelligibilità degli oggetti, così come la struttura grafica. Dopo il test precedente, sono state apportate minime modifiche alla scrittura e agli aspetti grafici.

La versione italiana del questionario completo è stata somministrata in formato cartaceo a 300 infermieri in totale durante l'orario di lavoro. La raccolta dei dati è stata effettuata a novembre 2017; i partecipanti hanno avuto 3 settimane per completare e restituire il questionario in scatole chiuse.

La validità convergente e discriminante è stata testata dall'analisi dei dati. È stata trovata una struttura a due fattori con 17 elementi. dove il valore Alpha di Cronbach era 0,84 per la fiducia nelle cure e 0,75 per dubbi e preoccupazioni.

Conclusioni:

L'analisi di correlazione per la validità convergente e discriminante ha mostrato che la fiducia nell'attenzione era positivamente correlata al senso di coerenza e che non era stata trovata alcuna correlazione significativa con dubbi e preoccupazioni. La CES può essere utilizzata per identificare gli aspetti principali che possono influire sull'orientamento delle cure degli infermieri e utilizzare queste informazioni per indirizzare l'istruzione e la formazione.

Pertanto, questo strumento può diventare una risorsa preziosa per i dirigenti infermieristici che possono misurare efficacemente l'autoefficacia dell'infermiere sulla base della teoria della cura umana, identificando così eventuali punti deboli. Nel fornire assistenza per migliorare la salute dei pazienti, inoltre, questo strumento può essere utile anche per i futuri infermieri durante l'apprendimento clinico, per migliorare soprattutto gli aspetti critici dell'approccio terapeutico per il paziente. La scala può esaminare gli effetti dei programmi di consulenza e dello sviluppo

Riassunto

professionale per migliorare l'autoefficacia negli infermieri delle istituzioni sanitarie.

Parole chiave: caring efficacy scala, adattamento culturale, Italia, infermieri, validazione psicometrica.

Introducción

Introducción

El cuidado es la esencia de la práctica de enfermería y se basa en la construcción de una relación auténtica entre las/los enfermeros(as), los pacientes y las familias de los pacientes (1). Una teoría que explica mejor este concepto es la teoría del cuidado humano de Watson(2–6). Según Watson, el cuidado humano se refiere a la intensidad de la relación persona a persona que implica ayudar a los pacientes a mantener la dignidad humana al lograr una integración de mente, cuerpo y alma. Su teoría enfatiza la humanidad de la enfermería porque promueve la salud mejor que los modelos biomédicos tradicionales (7).

Los modelos que no se preocupan en los aspectos mencionados están más orientados a los aspectos biológicos que los aspectos psicológicos y sociales, lo que puede llevar a la insatisfacción del paciente como principal amenaza para la atención de calidad (8). La teoría de Watson se utiliza en diferentes campos de la enfermería, a continuación veremos dos experiencias de su aplicabilidad en dos contextos donde los aspectos psicosociales son fundamentales en el liderazgo de la profesión enfermera:

La primera experiencia es una investigación realizada en Turquía aplicando la teoría del cuidado humano, teniendo en cuenta los sentimientos de las mujeres embarazadas después de la pérdida del embarazo

se trabajó en el fortalecimiento de estas mujeres, ayudándoles a aumentar la esperanza y logrando un proceso de aceptación del duelo de forma saludable (9).

il segundo estudio tuvo como objetivo, evaluar la efectividad del programa de atención de enfermería basado en la "teoría del cuidado humano" de Watson sobre la ansiedad y la angustia causadas cuando el tratamiento de fertilización falla. El estudio pudo evidenciar la eficacia de la aplicación de la teoría de Watson como una guía para pacientes manejados por el personal de enfermería con tratamiento de infertilidad para disminuir los niveles de ansiedad y angustia, y para aumentar el estilo de afrontamiento positivo entre las mujeres infértiles (10). Esto sugiere que es necesario abordar y evaluar la experiencia de cuidados de las enfermeras(os) basadas en la teoría del cuidado humano para mejorar su conciencia y los resultados de la atención (11).

En el contexto italiano, existen varios estudios que desarrollaron y fundamentaron medidas de cuidado(12–16). Sin embargo, estos instrumentos validados se refieren específicamente al comportamiento de cuidado percibido (14,15) y las percepciones relacionadas con las dimensiones del cuidado en enfermeras(os) y pacientes (17) (12) (13).

A pesar de que estos estudios representan una base importante para la investigación del cuidado, actualmente en el contexto de la enfermería

italiana, no existe un instrumento que mida específicamente la competencia del cuidado auto informado. Como la autoeficacia del cuidado puede mejorar tanto la satisfacción del paciente (16), como el bienestar de los trabajadores (18).

La medición de cómo las/los enfermeros(as) se sienten eficaces para brindar atención permitiría desarrollar estrategias para mejorar cualquier debilidad, ayudándolos así a satisfacer mejor las necesidades reales de los pacientes y mejorar el cuidado enfermero. Por este motivo decidí trabajar como tesis doctoral un argumento trascendental para la profesión enfermera(o) evidenciado en muchos estudios a nivel mundial, por ejemplo, una investigación realizada en china evaluó la autoeficacia de las/los enfermeros(as) en el ámbito clínico y de la investigación donde se identificaron falencias al respecto y en el cual se proponen en una segunda fase elaborar estrategias de mejoría(19); otro estudio que midió la autoeficacia en otra esfera de la profesión fue realizado en Suecia, cuyo objetivo fue comparar la autoeficacia entre las/los enfermeros(as) de quirófano y las/los enfermeros(as) anestelistas, donde las/los enfermeros(as) de quirófano mostraron puntuaciones significativamente más altas en la autoeficacia, permitiendo de este modo proponer estrategias que promuevan el fortalecimiento de las/los enfermeros(as) de anestesia en la autoeficacia para brindar cuidados(20).

Es importante la medición al respecto, adaptar y validar un instrumento que permite medir desde la óptica de la autoeficacia los cuidados brindados al ser humano en el contexto italiano. Esta tesis está organizada en diez capítulos partiendo desde la conceptualización teórica hasta los resultados obtenidos de este estudio para llegar a unas conclusiones y recomendaciones. Así, el primer capítulo se refiere a la teoría del cuidado humano según Jean Watson, su desarrollo y aplicaciones, una segunda parte sobre la conceptualización de la autoeficacia aplicada en el ámbito enfermero; el segundo capítulo corresponde a la justificación del argumento seleccionado desde una óptica personal como enfermera(o); el capítulo tres, se refiere a los objetivos y las hipótesis de esta investigación; el cuatro describe la metodología, el diseño del estudio, las cuestiones relacionadas con la población y muestreo, las variables, métodos de recolección y análisis estadísticos y los aspectos éticos legales. Posterior a estos, el capítulo cinco se refiere a los resultados de la investigación; en el capítulo seis, se describen los resultados que se comparan con estudios ya realizados en otros contextos culturales y lingüísticos; el capítulo siete, expone los límites del estudio y promueve otras líneas de investigación; en el octavo, se explican las conclusiones del estudio basados en los objetivos y las hipótesis planteadas anteriormente; en el noveno, se describen las contribuciones científicas derivadas de la investigación doctoral; el capítulo 10, responde a la

bibliografía utilizada para el desarrollo de la tesis y para finalizar; en el capítulo 11 se encontraran los documentos anexos.

Marco Teorico

1. Marco teorico.

1.1 La teoria del cuidado humano según Jean Watson.

La disciplina de enfermería, debe basarse en la ciencia del cuidado; sirve como el punto de partida moral-filosófico-teórico-fundamental para la educación de enfermería, la atención al paciente, la investigación e incluso las prácticas administrativas. Si la enfermería a lo largo del tiempo hubiera nacido y madurado dentro de la conciencia y la claridad de una orientación fundamentada en estos principios, tal vez sería en un lugar evolucionado muy diferente hoy en día: un lugar más allá de las luchas con la ciencia biomédica-técnica convencional que persiste, más allá de la crisis en la atención que persigue a los hospitales y sistemas de hoy, más allá de la escasez crítica de enfermeras(os) y enfermería que la sociedad está experimentando en este momento.

Por tal motivo, profundizar los conceptos de la ciencia del cuidado y enfatizando la humanización del cuidado se debe hacer referencia a la leyenda viviente de la profesión enfermera Jean Watson, iniciando desde su biografía. Margaret Jean Watson, nació en los Estados Unidos de Norteamérica en 1940, es licenciada en enfermería con una maestría en enfermería en salud mental y psiquiatría, y posteriormente realiza un doctorado en psicología de la educación y consejería (21).

En 1979 Watson publica su primer libro: *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (5), en el que expone su teoría, la autora lo explica y justifica a través de afirmaciones como: “emergió desde mi inquietud por otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los pacientes” (21). Posteriormente Watson introdujo cambios en sus planteamientos teóricos complementando el sentido original de su teoría y estructura de los diez Factores Caritas (FC) por el de Proceso Caritas (PC) los cuales se encuentran en la página web del Watson Caring Science Institute (22). Por su parte, Urra, Jana y García(21) hacen un análisis detallado de cada proceso de caritas que a continuación se describen los cambios y la transición de los FC a los PC.

PC1: “Práctica amorosa, bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”

Este PC es el resultado de la conceptualización realizada por la autora del FC1 “Formación humanista-altruista en un sistema de valores”. Watson asume que el “día a día” de la práctica profesional requiere que la/el enfermero(a) evolucione en su desarrollo moral. Si bien la formación de cada uno en la infancia y juventud temprana está marcada por el contexto socio-cultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático.

1. Marco Teórico

Es importante una acabada reflexión sobre el propio desarrollo moral, ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente. De esta forma la introspección debería formar parte de nuestras prácticas diarias, tal como lo constituye, por ejemplo, la meditación para otras culturas.

Es útil así la meditación, la reflexión y la terapia en caso necesario, así como el desarrollo de aptitudes artísticas que ayuden al profesional a encontrarse consigo mismo. Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la/el enfermero(a), pero sin olvidar que los conocimientos científicos por sí solos no ayudarán a la relación con otros. Por esto, un paciente no es un personaje sobre el cual es factible escribir en primera persona, es un ser humano libre que debe narrar su propia biografía. Watson otorga gran importancia a la formación en ciencias humanas, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos.

No es posible elegir sólo cuidar a aquellos que concuerdan con nuestro sistema de valores, raza, clase social, generación, etc. Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos (23), de igual modo un estudio realizado en Brasil por Mathias, Zagonel, Lacerda, analizan el primer proceso caritas

como: “practicar valores humanistas, como la gentileza y la ecuanimidad es la práctica del amor dentro del contexto de la conciencia de cuidado. El amor es el sentimiento que hace posible al enfermero abrirse al otro y, con él, establecer una convivencia y una comunión” (24).

En relación a la formación de un sistema de valores humanista en enfermería, existen otros autores que han profundizado sobre este aspecto. Agramante y Leiva (25), quienes realizaron una revisión bibliográfica con el objetivo de evaluar la influencia del pensamiento humanista y filosófico en la formación de enfermería, la calidad en la formación del profesional de enfermería no depende exclusivamente del conocimiento sino también del sistema de valores que regula la ética profesional.

En cambio Molina (26), nos dice que “Desde las corrientes humanistas se proclama la dignidad del hombre, su libertad e igualdad de derechos, incluido el disfrute del bienestar, la paz, el progreso y el respeto mutuo por la convivencia, estando en este marco donde la enfermería se nutre para mantener la humanización en sus actuaciones ". Ahora bien, desde el punto de vista operativo este primer proceso se materializa de la siguiente manera (19):

PC1: “Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”	
Constructo teórico	Aplicación en la práctica
<p>Mi respeto por este paciente (otros) me permite ser disponible para él / ella.</p>	Se abre a la conexión consigo mismo, con otros, medio ambiente, universo.
	Modelos de autocuidado y cuidado de los demás
	Reconoce actos de bondad Dones y talentos propios y de otros.
	Se trata a sí mismo y a los demás con amor bondadoso.
	Escucha respectivamente con genuina preocupación a los demás.
	Se acepta así mismo y los demás como son.
	Demuestra respeto por sí mismo y por los demás.
	Presta atención a los demás.
	Escucha a los demás.
	Respeto a los demás.
	Honra la dignidad humana de sí mismo y de los demás.
Trata a los demás con amabilidad.	

Tabla 1 Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente

Fuente: Elaboración propia.

En un estudio realizado en Estados Unidos, por Wei y Watson de corte cualitativo en un hospital infantil, en el cual se pudo identificar este primer proceso caritas (27). Cuyo propósito es describir las perspectivas de los miembros del equipo interprofesional sobre el cuidado humano basado en los Diez PC; los entrevistados expresan a través sus comentarios como la práctica amorosa es indispensable para poder cuidar y asistir al paciente dando significado a cada uno de ellos desde una perspectiva interprofesional.

PC2: “Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas del individuo, compatible con su libertad. Al ser libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”.

Este PC es el resultado de la conceptualización realizada por la autora de FC2 “incorporación de la fe - esperanza”.

Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los ritos. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para

1. Marco Teórico

permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantenimiento de la salud.

Esto proviene de una costumbre arcaica, ya que en muchas culturas la fe y la sanación eran resorte del mismo oficiante; sucede así, por ejemplo, en el contexto europeo promover una dieta acorde a las creencias religiosas del paciente permiten entrar en empatía y hacerle sentir más en armonía con su religión, ejemplo claro con las personas que profesan creencias alimentarias como las comunidades musulmanas o respetar decisiones, frente a creencias de otras naturalezas como es el caso de los testigos de jehová y sus percepciones frente a las transfusiones de hemoderivados (28) (29).

Mathias, Zagonel, Lacerda, analizan el segundo proceso del caritas: favorecer y sostener el sistema de creencias fe y esperanza ser auténticamente presente al fortalecer y sostener el profundo sistema de creencias y de subjetividad de su mundo, vida y del ser cuidado. El mantenimiento de la fe, el respeto a la creencia del otro son elementos esenciales en el acto de conectarse con el otro. Así, sin ningún menosprecio a la ciencia se debe instilar fe y esperanza como forma de aumentar las capacidades inmanentes del ser (24).

Otros autores como Benner y Wrubel (30), establece que una atención espiritual puede significar que la enfermera(o), muestra un interés que a su

vez permite la facilitación y la recepción de ayuda, estableciendo así relaciones significativas con el paciente. A pesar de esto existen estudios como el de Calabria y Macrae, (31), donde se señala que es muy frecuente que en enfermería se verifique que los profesionales no ponen demasiado énfasis en la dimensión espiritual del ser humano.

Es por esta razón que se debe estar capacitado para satisfacer las necesidades espirituales del paciente desde el punto de vista operativo, este segundo proceso caritas se materializa de la siguiente manera (22):

PC2: En “Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas del individuo, compatible con su libertad. Al ser libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”.	
Constructo teórico	Aplicación en la práctica
Al escuchar, pude honrar a este paciente (otros).	Sistema de creencias le permite a él / ella sentir su propio sentido de la fe / esperanza.
	Promueve la conexión humana intencional con los demás.
	Crea oportunidad para el silencio / reflexión / pausa.
	Ve a la persona como ser humano y no como objeto.
	Alienta a otros en su capacidad de seguir con la vida.
	Apoya el sentido de esperanza de los demás.
	Aprende y apoya las creencias de los demás.
	Ayuda a otros a creer en sí mismos.

1. Marco Teórico

	Llama a otros por su nombre preferido.
	Utiliza el contacto visual adecuado y el tacto.
	Interactúa con artes y ciencias solidarias para promover sanidad y plenitud.
	Capaz de liberar el control a una potencia superior. Incorpora los valores, creencias y otros aspectos de otros.
	Significativo e importante para ellos en el plan de cuidado.
	Ve la vida como un misterio para explorar en lugar de un problema a resolver.

Tabla 2 PC2 Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas del individuo, compatible con su libertad. Al ser libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado.

Fuente: Elaboración propia.

El estudio realizado por Brewer y Watson en el 2017, en los Estados Unidos, evidencia que este proceso caritas basada en la teoría del cuidado humano ha brindado a las/los enfermeros(as) líderes la oportunidad de evaluar la efectividad de los entornos de práctica profesional y ofrecer la oportunidad de enfocar la comunicación del personal con los pacientes de manera más auténtica y de una manera que enriquezca la experiencia de ambos (32).

PC3: “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”.

Este PC es el resultado de la conceptualización realizada por la autora del FC “el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros” (9).

Para Watson, el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando éstos no son positivos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros. Por otra parte, se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos. Un ejemplo: ¿es prudente evitar que una madre mire el rostro de su hijo que ha nacido muerto? Con esta práctica sólo aumentará el dolor, y negará la evidencia que iniciará el duelo. Esta práctica se apropia del dolor de otro, impide su libre expresión por desgarradora que sea. El duelo de esta madre es personal, forma parte de su vida y no le atañe al personal sanitario evitarlo. En estas ocasiones el silencio, el respeto y un abrazo son más útiles; y por cierto, más humanos. Por tanto, la expresión de

1. Marco Teórico

los sentimientos es una forma de empatía con otros que trasciende el propio yo. Las conductas de evitación también tienden a ser habituales, como el temor a enfrentarse al paciente que va a morir, la aprensión a contestar preguntas, y enfrentar situaciones de duelo y dolor.

Todas estas situaciones están presentes en el día a día de la labor de enfermería. Es por ello que el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia, y Watson destaca que esta sensibilidad se ve reforzada por la formación valórica. El cultivar un desarrollo evolutivo moral debe ser tan importante como mantenerse al día en las técnicas y conocimientos, como asimismo la apertura a desarrollar sentimientos como la fe y esperanza. El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor (9).

Mathias, Zagonel, Lacerda, analizan el tercer PC, lo interpretan como la evolución con conexión con el universo con el cultivo de prácticas propias espirituales y del yo transpersonal, sobrepasando el propio ego. Para desarrollar el cuidado transpersonal, se hace necesario estar en concordancia con prácticas de evolución del ser, como parte integrante de un todo y en conexión con el universo.

Fingfeld-Connett, habla de "sensibilidad interpersonal", explican que cuando una/un enfermera(o) es consciente de las necesidades del paciente,

establece contacto físico: proporciona respuestas emocionales de bienestar, como brindar apoyo, comprensión o promoción de la autoestima, y respuestas profesionales que incorporan ayudando al paciente a establecer objetivos realistas (33).

Nortvedt, en cambio explica la "sensibilidad ética". Sugiere que la observación de enfermeras(os) está muy influenciada por la sensibilidad ética. En muchos casos, la sensibilidad a la condición del paciente es lo que puede revelar cambios significativos en su condición clínica. Estos cambios clínicos, pueden identificarse más claramente cuando un paciente es visto con afecto además, el conocimiento logra captar más información para poder cuidar (34). Desde el punto de vista operativo el tercer proceso caritas se materializa de la siguiente manera (Ver tabla 3).

En el estudio *Perspectivas de los miembros del equipo interprofesional de la salud sobre el cuidado humano* dirigido por Jean Watson y Wei, concluyen que la teoría del Cuidado Humano de Watson puede ser una guía subyacente para enriquecer las relaciones entre humanos y crear un entorno de cuidado y sanación. Cuando el cuidado humano se aplica en equipos interprofesionales, los profesionales de la salud encuentran una conciencia de cuidado para cuidarse a sí mismos y a los demás al promover el cuidado en los paciente (27).

PC3: “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”.	
Constructo teórico	Aplicación en la práctica
Ser más sensible a las necesidades del paciente (otros) y los sentimientos, pude crear una relación de cuidado más confiable y de ayuda.	Practica la autorreflexión (diario, oración, meditación, expresión artística); demuestra Disponibilidad para explorar los sentimientos, creencias y valores de uno para el autocrecimiento.
	Practica el discernimiento en la evaluación de las circunstancias y situaciones frente a ser crítico.
	Desarrolla rituales significativos para practicar la gratitud, el perdón, la entrega y la compasión.
	Se acepta a sí mismo y a los demás en un nivel espiritual básico como Único y digno de nuestro respeto y cuidado.
	Transforma “tareas” en interacciones sanadoras.
	Demuestra capacidad para perdonarse a sí mismo y a los demás.
	Demuestra un interés genuino en los demás.
	Valora la bondad intrínseca de uno mismo y de los demás como seres humanos.
	Prácticas desde el centro del corazón.

Tabla 3 PC 3 El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión
Fuente: Elaboración propia.

PC4: “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”.

Este PC es el resultado de la conceptualización realizada por la autora del FC “el desarrollo de una relación de ayuda y confianza”. Para la autora, una relación de cuidado depende de los factores de cuidados centrados en la confianza. Esta relación va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las/los enfermeros(as) no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias (7).

Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental. La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es personal y es capaz de ejercer su libertad y su

1. Marco Teórico

autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu.

A modo de ejemplo: muchas veces en el cuidado de un paciente grave, que no está consciente y no puede ejercer autonomía en relación a sus funciones corporales, la certeza que es un cuerpo ajeno, pero el cuerpo de una persona, ayudará a no cosificarlo y a respetarlo como tal.

Mathias, Zagonel, Lacerda, analizan el cuarto PC *“Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”*. Por medio de actitudes como a través de mirar a los ojos del otro, que tienen el significado de verdadero interés, y en ese momento se vuelve importante cada pequeño detalle como la sonrisa, la postura de nuestro cuerpo, el toque cariñoso, la capacidad de escucha (24).

Otro autor como es Bermejo, piensa que “cuando hablamos de relación de ayuda, nos referimos a un modo de ayudar en el que quien ayuda usa especialmente recursos relacionales para acompañar a otro a salir de una situación problemática, vivir lo más sano posible si no tiene salida, o recorrer un camino de crecimiento” (35).

Brusco , desde otro punto de vista explica que “la relación de ayuda es una forma especial de relacionarse humanamente con el otro con el fin de satisfacer las necesidades humanas básicas, para lo que los profesionales de enfermería cuentan con un conocimiento profundo de la persona y una serie

de habilidades y destrezas que han sido adquiridas a través del aprendizaje y el adiestramiento” (36). Desde el punto de vista operativo el cuarto proceso caritas se aplica de la siguiente manera:

PC4: “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”.	
Constructo teórico	Aplicación en la práctica
Desarrollo relaciones solidarias de ayuda y confianza con pacientes, familiares, y miembros del equipo de salud.	Entra en la experiencia para explorar las posibilidades. En el momento y en la relación.
	Sostiene a los demás con amor y consideración incondicionales.
	Busca trabajar desde el marco subjetivo del otro como referencia.
	Tiene un espacio sagrado de curación para otros en su tiempo de necesidad.
	Practica actitudes sin prejuicios.
	Responde a los demás de forma congruente con la vida y experiencias de otras experiencias.
	Practica la presencia auténtica: honesto, integral y auténtico en la relación con los otros.
	Demuestra sensibilidad y apertura a los demás.
	Demuestra conocimiento del estilo propio y ajeno de comunicaciones (verbales y no verbales).
	Busca aclaraciones según sea necesario.

	Promueve una comunicación directa, constructiva, respetuosa. Participa en la comunicación que promueve la salud no se involucra en chismes.
	Participa en una comunicación efectiva y amorosa; no participar en los rumores. Participa en la resolución proactiva de problemas; no se compromete. En quejas crónicas / excesivas. Fomenta actividades que maximicen la independencia y Libertad individual, no dependencia. Participa en actividades que promueven un crecimiento saludable. Participa en actividades que promueven la ética, experiencias de crecimiento saludable; no participa en Comportamiento no ético, ilegal, de seguridad o seductor.
	Permite a otros elegir el mejor momento para hablar sobre sus preocupaciones.

Tabla 4 PC 4 Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza

Fuente: Elaboración propia

En relación a este proceso, existe un estudio realizado en el 2013 por Kay Hogan, donde explica de forma detallada que es la autenticidad de la relación enfermera-paciente según la teoría del Cuidado Humano, donde explica que la simulación es estimulante para expandir la imaginación con posibilidades más allá de nuestros sueños más grandes. Sin embargo, no hay sustituto para

el tiempo que se pasa con personas reales en situaciones reales creando relaciones reales. Una conexión humana auténtica mantiene el impacto más allá de las apariencias y las emociones fugaces intensamente sentidas (37).

PC5: “estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”. Este PC es el resultado de la conceptualización realizada por la autora del FC “La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos”.

Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son “una ventana por la cual se visualiza el alma”. Es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la misma información son bastante diferentes, esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo, por ejemplo, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés.

La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado. El análisis de este, el quinto proceso del caritas, busca incentivar la expresión de sentimientos positivos y negativos a través de la presencia como una conexión profunda entre su propio espíritu y el de la persona que

1. Marco Teórico

está siendo cuidada. En este sentido, Peplau, orienta los cuidados basados en la relación interpersonal, exactamente a las/los enfermeros(as) acercarse a un modelo en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos, ser explorados e incorporados a la profesión. Dando la oportunidad de instruir a los pacientes cómo identificar sus sentimientos, a través de una comunicación efectiva en el proceso del cuidado (38). Virginia Henderson y Dorothea Orem, siempre estaban atentas a la parte psicosocial del paciente, dándole la importancia que merece al proceso comunicativo a través de la relación de ayuda, suplencia, apoyo, entre otros instrumentos basándose siempre en la relación enfermera-paciente (39). Desde el punto de vista operativo, el quinto PC se aplica de la siguiente manera:

PC5: “Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”.	
Constructo teórico	Aplicación en la práctica
Las emociones y los sentimientos que las representan forman parte del percibir, sentirse y pensar del hombre y deben ser expresadas y valoradas	Co-crea relaciones de cuidado en entornos sanitarios para promover el crecimiento espiritual.
	Crea / mantiene un espacio sagrado

en cada situación que es vivenciada por el ser, sea esa emoción positiva o negativa.	(lugar seguro para desplegarse y emerger.)
	Reconoce la curación como un viaje interior. Permite la incertidumbre y lo desconocido.
	Alienta la narrativa / narración de vivencias como una forma de expresar comprensión.
	Permite que la historia emerja, cambie y crezca.
	Alienta la reflexión de sentimientos y experiencias.
	Ofrece bendiciones, oración y expresión espiritual apropiadamente.
	Ayuda a otros a ver algunos aspectos positivos de su situación.
	Escucha activamente y permite que la energía fluya a través del yo sin ser consumido por los sentimientos de los demás.
	Acepta y ayuda a otros a lidiar con sus sentimientos negativos.

Tabla 5 PC 5 Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida

Fuente: Elaboración propia

En relación a este proceso de caritas se evidencia el estudio realizado por Ham y colegas, con enfermeros/as en el medio oriente donde a través de

un cuestionario para identificar emociones negativas como positivas basados siempre en la teoría de Watson como es la conceptualización del cuidado, revelaron que las dimensiones emocionales de la atención (expresión de sentimientos positivos / negativos) eran las más importantes según lo percibido por las/los enfermeros(as) en lugar de cualquier otro componente de atención y relación de confianza basada en la verdad y respeto (40).

PC6: “El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia”.

Este PC es el resultado de la conceptualización realizada por la autora del FC “El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial”.

Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Las/los enfermeros(as) realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería.

Esto es importante, porque la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para

enfrentar situaciones nuevas. El mal uso de los formatos impide visualizar la profundidad del fondo, cuando se realizan mecánicamente, esto es muy relevante pues en último término es lo que distingue a un técnico de un profesional.

El proceso o plan de atención de enfermería un instrumento que aún se utiliza y que está proyectado a diagnosticar las necesidades de los pacientes y a programar las acciones para darles solución, como asimismo a la evaluación de estas acciones se suele convertir en un proceso mecánico, que normalmente no está centrado en el paciente sino en la patología.

Si se agrega a esto un deficiente profesionalismo, en el sentido de no ser reconocidos por el colectivo social como auténticos profesionales y con autopercepción de sacrificio y sumisión, puede desembocar en una posición rígida, auto controlada, y autodestructiva, lo que daña profundamente al propio practicante y dificulta la relación terapéutica.

El no delimitar el campo propio de realización de enfermería y referirlo a un campo biomédico no hacen posible la autonomía y la creatividad. Según Watson, para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen, adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía. Para esto el instrumento privilegiado es la investigación, el aprendizaje, la apertura a nuevas estrategias de cuidados, establecer correcciones a las teorías existentes y elaborar nuevas. En resumen, es vital desarrollar un marco

1. Marco Teórico

de conocimientos respecto al cuidado (9). Los conocimientos de enfermería en este momento histórico se fundamentan en la enfermería basada en la evidencia (EBE).

Según el artículo publicado por Martínez Riera (41). La EBE se puede definir como la explicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero, para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones las ventajas y limitaciones de la EBE son las siguientes:

Se pueden destacar las ventajas como aquellas que constituyen estrategias para que la investigación apoye la práctica asistencial y se potencien mutuamente, apuntalando las mejores investigaciones y la experiencia profesional de los clínicos, puede facilitar una práctica enfermera efectiva y eficiente, al estar basada en estudios rigurosos, los profesionales sanitarios refuerzan la seguridad en los cuidados que prestan y se potencia su autonomía, mejorando de este modo la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes.

Apoya la formación continua de los profesionales y los estimula a aumentar el conocimiento en profundidad de la metodología de investigación para ser capaces de valorar desde un punto de vista crítico los estudios de investigación que encuentran, contribuye a aumentar el cuerpo de

conocimientos enfermeros al validar el método científico como la mejor herramienta para conocer la realidad, capaz de generar conocimiento válido y relevante para la práctica profesional, permite una mayor satisfacción laboral, al favorecer el trabajo en equipo, para los pacientes, ofrece una respuesta individualizada al ser sensible a sus preferencias, necesidades y a los valores de estos, incrementando los beneficios para ellos, en tanto en cuanto deben ser informados sobre la evidencia que sustenta tales cuidados, se trata de un comportamiento profesional ético que busca el bien para el paciente y evita causarle cualquier mal (*primum non nocere*), y por último potenciará el desarrollo de competencias y habilidades para un cuidado de calidad.

Las limitaciones que los autores plantean a la EBE, se pueden resumir en algunas como la existencia de barreras en los profesionales y en las instituciones que impiden aplicar los resultados en el cuidado de los pacientes y que es necesario superar para que los cuidados de calidad lleguen a sus destinatarios, la resistencia al cambio de los profesionales enfermeros/as, algunos profesionales del colectivo enfermero pueden tener ciertas dificultades para asumir las responsabilidades propias de un profesional autónomo, dada su trayectoria profesional previa, en la sociedad del conocimiento en que nos encontramos, éste cambia tan rápidamente que

1. Marco Teórico

es preciso que el profesional disponga de habilidades que le permitan mantenerse actualizado en lo que a los resultados de investigación se refiere.

La falta de éstas, así como la sobrecarga de trabajo asistencial al que se ve sometido impide, en muchas ocasiones, que se revisen los conocimientos adquiridos durante su formación universitaria (41).

Según Martínez, estos escollos pueden ser superados, en primer término y desde una posición crítica, superando nuestras propias barreras y considerando, en segundo lugar, que una parte fundamental de nuestro cometido profesional es investigar en base a nuestras necesidades y recursos. Sólo así es posible generar conocimiento disciplinar que, además, sea sensible al entorno cultural en el que nos encontremos.

Se hace importante para el profesional de enfermería usar no sólo el conocimiento teórico-práctico aprehendido en el mundo académico científico, sino también de su intuición, sentido común, conocimiento estético, ético, personal y de sus experiencias de vida para realizar el cuidado.

Este proceso del caritas viene confirmado con un estudio el cual determinó el efecto de la teoría de Watson en el significado de la vida y la gestión de la enfermedad en el cáncer de los pacientes en tratamiento con quimioterapia. Acturk y Erci, concluyen que el cuidado basado en el modelo de Watson aumenta el sentido del significado en la vida y disminuye

los niveles de los síntomas para los pacientes en curso de la quimioterapia (42).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, el análisis del sexto PC se detalla en la siguiente tabla:

PC6: “El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencial”.	
Constructo teórico	Aplicación en la práctica
Apoyar la resolución creativa de problemas aliando conocimiento e intuición como parte del proceso de cuidar, comprometerse en prácticas artísticas de cuidado para lograr la reconstitución.	Ejercitar la resolución de problemas centrada en el otro y la erudición. En el cuidado de este paciente (otro).
	Integra el saber estético, ético, empírico, personal y metafísico con creatividad. Pensamiento imaginativo y crítico para la plena expresión de cuidado con las artes y las ciencias.
	Reconoce e integra una conciencia de que la presencia de uno mismo es un elemento efectivo del plan de cuidar a los demás.
	Se utiliza para crear entornos de curación a través de: toque intencional; Voz, presencia auténtica; movimiento; expresión artística; diario, espontaneidad; música / sonido; preparación; respiración; relajación / imágenes / visualización; intencionalidad contacto visual apropiado; gestos sonrientes / positivos; escucha activa; Protección

	de la naturaleza /luz /sonido / ruido; etc.
	Alienta a otros a hacer preguntas.
	Ayuda a otros a explorar formas alternativas, para encontrar nuevos significados en sus situaciones / viajes de la vida en el trato con sus enfoques de salud / auto-salud.

Tabla 6 PC 6 El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia

Fuente: Elaboración propia

PC7: “Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”.

Este PC es el resultado de la conceptualización realizada por la autora del FC “la promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal”.

Este factor de cuidado es el que más ayuda al paciente a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, Watson considera que la educación que se brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar.

Dicha información no se apropia de un sello que la distinga de otros modos de obtenerla, como por ejemplo a través de los medios de comunica-

ción, donde también se brinda educación en salud, periódicamente. La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida. La educación en salud persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que, según Watson, es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas (3).

La información es un componente de la educación, pero no el todo. Si bien se han dado importantes pasos en este rubro, no es menos cierto que por escasez de tiempo, o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos.

El cuidado supone el brindarlo en base a las necesidades sentidas de los usuarios/pacientes/clientes. Una actitud efectiva de cuidado, por tanto, supone un conocimiento de lo que los individuos necesitan. Personalizar los cuidados es, en buena cuenta, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población. La generalización tiende a neutralizar los sujetos, a masificarlos y, además, a no obtener buenos resultados.

Al establecer la verdadera conexión con el ser cuidado, una preocupación necesaria debe ser en relación a las informaciones y formas alternativas

1. Marco Teórico

para que la persona pueda auto gestionar su cuidado al reconocer sus propias necesidades y ejercer el autoconocimiento de sus capacidades.

Para ello, se debe tener en cuenta la vivencia del otro ser como punto de partida y respetar sus limitaciones. Esto también fundamenta la formación académica. La promoción y educación para la salud es elemento primordial de todo los sistemas sanitarios , la Organización Mundial de la Salud estableció a través de la Declaración de Ottawa de 1986 (43), se dijo que la promoción de la salud “es el proceso que permite a las personas incrementar su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud”.

En la Declaración de Yakarta de 1997(44), por su parte, se identificaron cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XX: promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos por ultimo garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

En la declaración de Shanghái en el año 2016, se establecieron tres pilares , buena gobernanza, ciudades saludables y conocimientos sobre la

salud, esta última establece se debe mejorar los conocimientos y las competencias sociales para ayudar a las personas a elegir las opciones y tomar las decisiones más saludables para su salud y sus familias (45). Desde el punto de vista operativo el séptimo proceso caritas se aplica de la siguiente manera: (ver tabla 7).

Se pudo evidenciar además un estudio que corrobora este séptimo PC ,realizado por Hoover, donde se pretendía medir la eficacia de las competencias en el cuidado humano, en la formación académica de grado de enfermería en una universidad de Gales, pudo evidenciar que la educación puede mejorar la capacidad de los estudiantes en promover practicas basadas en esta teoría (46).

PC7: “Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”.	
Constructo teórico	Aplicación en la práctica
Los enfermeros/as Se comprometen en la experiencia genuina de enseñanza aprendizaje para auto gestionar y perfeccionar el autoconocimiento, a fin de aten-	La relación solidaria co-creada promueve el conocimiento, procesos de crecimiento, empoderamiento y sanación y posibilidades para los pacientes y para uno mismo.
	Escucha activamente con todo el ser a los demás. Contando sus experiencias de vida.

1. Marco Teórico

der a la unidad del ser y de los significados, tratando de mantenerse dentro del marco del otro.	Habla con calma, en voz baja, y respetivamente a otros, dándoles toda la atención en este momento.
	Busca primero aprender de los demás, entender su cosmovisión a continuación, comparte, entrena, y proporciona. Información, herramientas y opciones para satisfacer las necesidades de otros.
	Participa en la co-creación colaborativa.
	Acepta a los demás como son y de donde son Su comprensión, conocimiento, disposición para aprender.
	Ayuda a otros a entender cómo están pensando su enfermedad / salud.
	Pregunta a otros lo que saben sobre su enfermedad / salud.
	Ayuda a otros a formular y dar voz a las preguntas y preocupaciones para preguntar a los profesionales de la salud.

Tabla 7 pc7 Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro

Fuente: Elaboración propia

PC 8: “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”.

Este PC es el resultado de la conceptualización realizada por la autora del FC “la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural”

Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo, del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo y del medio ambiente interno, surgen la autorrealización, comunicación, etc.

A partir de estas variables aparecen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que, de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

Virginia Henderson, en la necesidad “evitar peligros en el entorno”, que corresponde a la necesidad número 9 de su teoría, habla de evitar los peligros del entorno, porque según ella “un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimientos para la prevención de peligros externos, así como de la protección de uno mismo, evitaría accidentes graves que ponga en compromiso la salud de las personas (38).

1. Marco Teórico

King, en cambio, establece lo esencial para las/los enfermeros(as) comprender las formas por las que los seres humanos interaccionan con su entorno para mantener la salud(38). El PC 8 se materializa de la siguiente manera (ver tabla 8).

En un estudio realizado por Foss y colaboradores, en una institución hospitalaria en Estados Unidos, se llevó a la práctica un programa para la prevención de úlceras por presión integrando los principios básicos de Caring Science en la práctica, el entorno y la cultura de la organización como:

- 1) Enseñanza y aprendizaje
- 2) Atención holística
- 3) Creando un ambiente de curación. Disminuyendo la incidencia de estos eventos (47).

PC8: “Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”.	
Constructo teórico	Aplicación en la práctica
Propiciar un ambiente de re-constitución - curativo - potenciando el confort y la dignidad en todos los niveles (físico y no físico), ambiente sutil de energía y conciencia, por el cual la totalidad, belleza, confort, dignidad y paz son potenciados. El enfermero/a debe entender este ambiente como factores internos y externos.	Al promover la relación de afecto y respeto, se debe crear un espacio para el paciente para generar su propia totalidad y la curación.
	Crea espacio para las conexiones humanas
	Participa en la conciencia de cuidado-sanación.
	Crea intenciones de cuidado.
	Crea un ambiente de curación promovido por la enfermera(o) y como entorno: luz-Arte-Agua-ruido-Limpieza- Privacidad-Nutrición-belleza-seguridad-Lavado de manos-Medidas de confort-Rutinas y rituales del paciente
	Está disponible para otros.
	Presta atención a los demás cuando están hablando.
	Anticipa las necesidades de los demás.

Tabla 8 PC8 Creación d'un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz

Fuente: Elaboración propia

PC9: “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”.

Este PC es el resultado de la conceptualización realizada por la autora del FC, “La asistencia con la gratificación de necesidades humanas”. Las necesidades humanas están estratificadas, de acuerdo a Watson, el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación; en el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo - actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros.

En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales, la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal. La autora acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades. Además, Watson establece que la enfermera(o) debe ser capaz de identificar y de anticipar aquellas que juegan un rol importante en el proceso salud/enfermedad. Para ello, y basándose en algunos aspectos de la pirámide

de necesidades de Maslow, establece una jerarquía propia de necesidades (5,48).

En la base de la pirámide se encuentran las necesidades fisiológicas, a las que la autora llama biofísicas: alimentarse, hidratarse, etcétera. También considera básicas las necesidades psicofísicas, de funcionalidad, pero las sitúa en un escalón superior por no considerarlas imprescindibles para la supervivencia, sino enfocadas a la satisfacción y a la calidad de vida. En el último escalón tenemos las necesidades psicosociales, que son fundamentales en el desarrollo humano. A pesar de esta jerarquía, Watson sugiere que el cumplimiento de todas ellas es primordial para realizar cuidados, buscando lograr un estado de salud deseable.

Mathias, Zagonel, Lacerda, analizan el noveno proceso de caritas y plantea que Alinear cuerpo, mente y espíritu por la conciencia intencional de cuidado de las necesidades consiste en ayudar a las necesidades básicas, con una conciencia intencional de cuidado, administrando aquello que es esencial al cuidado humano, lo que potenciará la alineación del cuerpo-mente-espíritu, totalidad y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.

En ese elemento, debe ser resaltado que el ser representa el espíritu en un cuerpo en evolución espiritual y ese hecho se refiere a la existencia de necesidades básicas o de supervivencia relacionadas al cuerpo físico y

1. Marco Teórico

necesidades espirituales que se hacen presentes (24). Desde el punto de vista operativo el noveno proceso caritas se aplica de la siguiente manera:

PC9: “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”.	
Constructo teórico	Aplicación en la práctica
Puede ayudar a satisfacer las necesidades del paciente que identifica Para sí mismo.	Visualiza a los demás como un todo integrado.
	Respeto las necesidades individuales únicas de los demás. Hace sentir a los demás lo más cómodos posible.
	Ayuda a los demás a sentirse menos preocupados. Se comunica con la familia del paciente o seres queridos
	Respeto la necesidad de privacidad de los demás.
	Respeto las percepciones de los demás sobre el mundo y sus necesidades únicas.
	Involucra a la familia / personas significativas.
	Trata el cuerpo de los demás con cuidado como misterio de participando en la fuerza vital de otro.
	Ayuda a otros con necesidades especiales para la relajación, la restauración, y el sueño.
	Habla abiertamente con la familia.

Tabla 9 PC9 La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve

Fuente: Elaboración propia

En la revisión sistemática realizada por Favero y colaboradores , en Brasil se evidencia la aplicación de los procesos caritas entre ellos el 9 P.C , en los tres niveles de atención de esta nación “la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger” (49).

PC10: “Abrirse y atender a dimensiones espiritual- misteriosa y existencial de vida-muerte, cuidar el alma propia y del ser cuidado”.

Este PC es el resultado de la conceptualización realizada por la autora del FC “El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales.

Trejo Martínez, comenta que la enfermería, como disciplina humanística, necesita métodos que se avvicinen a su objeto de estudio que es el cuidado al ser humano. Pero dichos métodos deben permitir observar al individuo como ser único.

Por tal motivo, es indispensable que no se generalice sobre la conducta humana, ya que cada persona percibe el mundo y lo vive de forma exclusiva y única (50). También concuerda con este tipo de pensamiento, Manuel Amezcu. El comenta que *“la fenomenología es utilizada como el nuevo paradigma para combatir el positivismo en el que hemos sido*

1. Marco Teórico

educados la mayoría, debido a la medicalización tanto de los estudios como de la práctica profesional” (51).

Heidegger(52), propone que el acto de cuidar , desde el punto de vista existencial, es ontológicamente anterior a toda actitud o situación del ser humano. El cuidado se encuentra en los fundamentos del ser humano y representa un modo de ser esencial, presente, irreductible, constituyente y pilar de la existencia humana. Habla del cuidado como anticipación, ocupación y solicitud, entendiendo que la noción de alteridad es intrínseca al mismo y que la expresión “cuidado de sí” sería una tautología. Desde el punto de vista operativo el décimo proceso caritas se aplica de la siguiente manera (ver tabla 10).

El estudio realizado por Wei e Watson identifican este último proceso caritas donde el personal sanitario como los capellanes consideran que ayudar a los familiares de los pacientes, los pacientes y trabajadores sanitarios, a encontrar y conectarse con su espiritualidad o recursos internos que puedan sobrellevar y hacer sentir que la vida es significativa y esperanzadora (27).

Este décimo proceso se traduce como inspiración para la creación de investigación utilizando, como método fenomenológico y narrativo evidenciado en un estudio realizado en Colombia (53).

PC10: “Abrirse y atender a dimensiones espiritual- misteriosa y existencial de vida-muerte, cuidar el alma propia y del ser cui dado”	
Constructo teórico	Aplicación en la práctica
Esta orientación es útil para la enfermera(o), ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades”.	Permito que se produzcan milagros con uno mismo y con los demás.
	Permite que lo desconocido se despliegue.
	Participa en la paradoja de la vida.
	Nutre / apoya la esperanza.
	Comparte y participa en “Caring Moment”
	Reconoce los sentimientos internos propios y de los demás.
	Sabe lo que es importante para sí mismo y para los demás.
	Muestra respeto por aquellas cosas que tienen sentido para otros.
	Cree que el amor fundamental y el bien abundan en todas las situaciones donde existe la vida.
	Acepta que algunos acontecimientos de la vida son inexplicables.

Tabla 10 PC10 Abrirse y atender a dimensiones espiritual- misteriosa y existencial de vida-muerte, cuidar el alma propia y del ser cuidado

Fuente: Elaboración propia

1.2 . Otros conceptos de la teoría del cuidado humano de Jean Watson

La preocupación respalda nuestra identidad profesional de enfermería viene influenciada dentro de un contexto donde los valores humanistas son constantemente cuestionados y desafiados. Defender estos valores en la práctica diaria ayuda a trascender a la/el enfermero(a) de un estado donde la enfermería se percibe como "solo un trabajo" al de una profesión gratificante. La defensa de la teoría del cuidado de Watson no solo le permite a la/el enfermero(a) practicar el arte del cuidado, brindar compasión para aliviar el sufrimiento de los pacientes y las familias, y promover su curación y dignidad, sino que también puede contribuir a expandir la propia actualización de la/el enfermero(a).

De hecho, Watson es uno de los pocos teóricos de enfermería que considera no sólo al individuo familia o comunidad cuidada sino también al cuidador.

Promover y aplicar estos valores de cuidado en la práctica no solo es esencial para la propia salud, como enfermeras(os), sino que su importancia también es fundamentalmente importante para encontrar significado en la profesión de enfermería. Este fenómeno del cuidado implica el conocimiento de varios conceptos que a continuación se exponen (4,21,22):

1. **Alma:** Watson explica que el alma es el espíritu, el interior o la esencia de la persona que está conectada a un mayor sentido de

autoconocimiento, que puede expandir las capacidades humanas y permitir que una persona trascienda. Esto promueve un mayor acceso a los sentimientos y acciones que todas las personas experimentan en algunos momentos de sus vidas, entre los que se destacan aquellos que viven en las etapas finales (2).

2. **Vida humana:** Watson lo define como espiritual, mental, emocional y físico, como un ser unitario en el mundo (ser-en-el-mundo), como un continuo en el tiempo y el espacio. El autor incorpora en sus textos la investigación científica con una filosofía que destaca la bondad de la humanidad, con un sentido estético y adherencia a la metafísica. Solo en la medida en que una persona haya cumplido el significado concreto de la existencia humana, estará satisfecha consigo misma. Un significado que, para Watson, va más allá de sí mismo, que nunca se alcanza por sí mismo (2).
3. **Enfermedad:** no necesariamente significa patología. Watson lo define como falta de armonía (estado de incongruencia) dentro de la persona o en el alma. Experiencias específicas, conflictos internos, sentimientos de culpa, desesperación, pérdida y dolor, así como otras situaciones estresantes pueden conducir a la enfermedad. El proceso de la enfermedad, según el autor, también puede derivarse de la genética, las

1. Marco Teórico

vulnerabilidades constitucionales y las diferentes manifestaciones cuando existe falta de armonía (2).

4. **Salud:** Watson afirma que es una experiencia subjetiva, que se refiere a la unidad y armonía entre cuerpo-mente-espíritu. La salud también se asocia con un grado de congruencia entre lo que "percibo y las experiencias".
5. **Enfermería:** la enfermería para Watson es un concepto filosófico que requiere empatía y mantiene varios significados para la persona. Como tal, el concepto de enfermería es dinámico y cambiante. La enfermería también se apoya como una metafísica del cuidado, como la conexión con procesos internos que acceden a la naturaleza de las experiencias humanas, más allá del tratamiento del cuerpo directamente desde el punto de vista físico (2).

Además, esta profesión, según Watson, consiste en conocimiento, pensamientos, valores, filosofía y compromiso. Estos aspectos generalmente son reportados por los seres humanos en los momentos de cuidado y en el contacto entre los sujetos con las experiencias y experiencias de cada uno. Como tal, el cuidado humano es visto como el ideal moral en enfermería. El cuidado va más allá de un procedimiento o intervención de enfermería se debe crear una relación empática con la persona que se cuida pero además la enfermera(o) debe cuidarse a sí misma no solamente como vida sana

como tradicionalmente se conoce , si además la práctica del arte , literatura y meditación como elemento que ayuda a conocerse así mismo para poder proveer cuidados con autenticidad hacia el otro. El Caring Moment es definido como encuentros centrados en el corazón con otra persona, cuando dos personas, cada una con su propio "campo fenomenológico" / antecedentes (experiencias de vidas), se unen en una transacción de persona a persona que es significativa, auténtica, intencional, honra a la persona y comparte la experiencia humana que expande la visión del mundo y el espíritu de cada persona, lo que lleva a nuevos descubrimientos del yo y otras y nuevas posibilidades de vida.

La materialización de este concepto podemos analizarla en el artículo de tipo cualitativo, que explica el concepto de Caring Moment con la experiencia vivida de forma detallada del nacimiento de un hijo. La autora proporciona su perspectiva, como paciente, sobre la enfermería holística que recibió durante el nacimiento de este, se describen los momentos de cuidado y compasión que encontró. Cuatro años después, la misma autora reflexiona sobre el viaje espiritual y emocional que ha tenido como resultado de esta experiencia (54).

Otro concepto que desarrollaría la autora es el cuidado transpersonal (*Transpersonal Caring*), que se interpreta como la comprensión que va más allá del ego hacia un cuidado "espiritual" superior, creado por un "Caring

1. Marco Teórico

Moment” que trasciende las vidas sea de la enfermera(o), familia y paciente. Todo lo anterior con un compromiso moral de proteger y mejorar la dignidad humana, todo esto basado en el respeto /“amor”, honrando las necesidades, deseos, rutinas y rituales del ser cuidado, centrándose en la sanación, fundamentándose en la práctica y honra de la integridad del espíritu y la mente en sí mismos y entre sí, este concepto se pudo confirmar con un estudio hecho por Favero y colegas, sobre la conceptualización del cuidado transpersonal ,a través del tiempo, no ha presentado cambios significativos dando aún más solidez a la teoría (55).

Se refiere pues a una intersubjetividad de la relación humano a humano en la cual la enfermera(o) influye y es influenciada por otra persona. Ambos están totalmente presentes en el momento y sienten un vínculo entre ellos. Comparten un campo fenomenológico que se convierte en parte de la historia de la vida, y ambos son copartícipes en convertirse en el presente y el futuro (55).

Existe además estudios para poder implementar el cuidado transpersonal en la formación académica de los estudiantes de enfermería como lo establece Clark C en su artículo “ Watson’s Human Caring theory: Pertinent Transpersonal and Humanities Concepts for Educators” proporciona información práctica , así como también describe pasos simples para revisar

los planes de estudio de enfermería para que apoyen el crecimiento de los futuros colegas en la humanización (56).

Desde la aplicabilidad de este concepto en otras áreas se confirma con un estudio realizado por Vandenhouten y colaboradores a enfermeras(os), en el cual se refleja el cuidado transpersonal en el ámbito clínico, académico como investigativo, se trabajó con una muestra de 242 enfermeras(os) aplicando un instrumento que incluye 20 ítems que componen la puntuación de la escala profesional de cuidado.

Los primeros 10 ítems se basan directamente en los 10 CP y los siguientes 10 ítems evalúan la percepción del cuidado transpersonal utilizando una escala de tipo Likert de 5 puntos que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo. Los posibles puntajes de cuidado profesional varían de 20 a 100, con puntajes altos que indican una mayor percepción de comportamientos de cuidado profesional. Los resultados mostraron que las enfermeras(os) con experiencia clínicas y aquellas que demostraron una mayor familiaridad con la teoría de Watson tuvieron puntajes de cuidado más altos (57).

1.3 . Cómo medir y analizar desde la teoría del cuidado humano de Jean Watson

Durante esta era en la que están surgiendo nuevos modelos formales de atención médica, el cuidado humano sigue siendo un indicador crítico de la experiencia del paciente y los resultados relacionados.

Evaluar y medir el cuidado humano es un fenómeno complejo y dinámico. Si bien abundan las teorías sobre el cuidado y las críticas teóricas que rodean el concepto de cuidado, está más o menos de acuerdo en que el cuidado entre humanos implica una expresión de apertura, una conciencia, una intencionalidad, una receptividad y autenticidad en un contexto personal, intersubjetivo (33) (58) .

Debido a la urgencia de un cambio de conceptualización, para sostener a la humanidad, el concepto de cuidado unitario se postula cada vez más como uno de los conceptos de paradigma y disciplina de enfermería.

Cuando la norma institucional es obtener criterios externos y observables, uno puede continuar preguntando: ¿qué quiere decir con evaluar y medir la atención? ¿cómo podemos justificar tener medidas objetivas empíricas sobre un fenómeno relacional humano, esquivo, no medible, existencial e incluso espiritual, como el cuidado humano, en la práctica de enfermería y atención médica? (59).

En esta línea de pensamiento, existe la preocupación de los intentos de reducir el cuidado humano a una mercancía. Estas son preguntas que en ocasiones se escuchan dentro de los ambientes académicos y sanitarios. La preocupación es que al tratar de medir el concepto de cuidado humanizado, uno se ve arrastrado a un proceso de reducción de un fenómeno complejo subjetivo, intersubjetivo, relacional y a menudo privado e invisible a un nivel de objetividad que agota, trivializa y diluye su autenticidad y profundidad (59).

Debido a su naturaleza altamente subjetiva e intersubjetiva, tratar de reducir la naturaleza misma del cuidado a medidas empíricas externas del mundo exterior, como un conjunto de comportamientos, tareas o indicadores físico-fisiológicos, a menudo se considera contradictorio. Sin embargo, estas conexiones se están haciendo cada vez más polémico en la ciencia biomédica.

El mismo paradigma en el que se ubica el cuidado, con su ambigüedad y su naturaleza ubicua, enfatizado en la literatura de la teoría, ha tendido a hacer que el cuidado sea casi inconmensurable, tanto ética como prácticamente, a menos que, según algunos estándares cualitativos, busquen captar su escasa, fenomenológica, dimensiones subjetivas. Este dilema es parte del debate sobre la medición de un fenómeno tan profundo y a la vez sutil del ser humano. Por ejemplo, el cuidado humano a menudo se

1. Marco Teórico

considera una visión ética universal, una ontología, una intencionalidad, una conciencia, una forma de ser, en contraste con una "acción externa" de algo que puede manifestarse en el ámbito físico, externo, objetivo corporativo (59).

Algunos ven el cuidado humano como una forma básica de ser; un motivo un punto de partida filosófico moral-imperativo; una intención existencial, espiritual, que no puede definirse en términos de criterios objetivos externos; más bien es "la autenticidad honesta de cada enfermera(o), una forma de ser y convertirse, una conciencia moral informada" por otro lado, existe un llamado continuo a la enfermería para avanzar en su conocimiento de la atención mediante el avance de "la medición empírica de la atención de una manera que soporta el escrutinio de la comunidad científica. Sigue habiendo un interés y una necesidad en la investigación de cuidados de enfermería para mediar entre los paradigmas y la visión del mundo (59).

Ahora se puede hacer esto examinando la frecuencia de los comportamientos de cuidado y descubriendo las condiciones clínicas que afectan la prestación asistencial. Este conocimiento empírico sobre el cuidado no solo hace que el estudio del cuidado sea visible en el sistema corporativo de atención de enfermedades impulsado por los costos, sino que también genera nuevos indicadores de resultados de salud para toda la persona. Aprovechar los datos con los administradores y responsables

políticos. Los sistemas de salud y la sociedad dependen cada vez más de tener nuevos estándares de cuidado humano para asegurar la integridad ética y relacional como núcleo de la salud humana y la curación. La identificación del cuidado humano es diversa y complicada, especialmente cuando la cultura biotecnológica dominante tiende a centrarse en los indicadores externos de tratamiento. El cuidado humano a menudo permanece en un segundo plano como ocasiones relacionales privadas, invisibles, no identificadas. De hecho, en las últimas décadas, existe un interés en captar la experiencia subjetiva del paciente en relación al cuidado con medidas de mediación objetivas, ejemplo de esto es la Watson Caritas Process Score (WCPS), permite traducir, cuantificar o evaluar la intersección entre lo objetivo y subjetivo del cuidado humano.

La WCPS está diseñada para ofrecer una visión objetiva de la experiencia subjetiva del paciente de cuidados/caritas y comportamientos del personal. Queda el desafío de continuar desarrollando como traduciendo las experiencias subjetivas de atención al paciente y al ser humano, en criterios objetivos. Dichos enfoques capturan los indicadores de atención de pacientes de todo el sistema, y van más allá del objetivo institucional convencional de indicadores externos. Sin indicadores de atención y experiencias de pacientes, no es confiable ni posible que los sistemas tengan datos que

relacionen el proceso de atención de enfermería para obtener resultados significativos auténticos.

Por este motivo, la propia autora Jean Watson publicó una obra en la que explora y desarrolla herramientas diseñadas para definir, evaluar y medir el cuidado proporcionando a los líderes, estudiantes y estudiantes de enfermería una crítica y compilación actualizadas de los instrumentos más destacados y actualizados para acceder y medir la atención. El libro incluye una descripción general, un resumen de los instrumentos publicados para medir la atención y una sección que describe los desafíos y las direcciones futuras. Concluye con una matriz maestra completa y actualizada de todos los instrumentos de medición presentados en el libro (58,59).

Watson abre con una discusión de la pregunta general, ¿qué significa medir el cuidado? esta pregunta conduce a una discusión de los debates contemporáneos que rodean las dificultades y la conveniencia de tratar de medir un fenómeno tan abstracto, existencial y subjetivo como el cuidado humano. La autora ofrece razones sólidas para medir formalmente la atención en los entornos y las conceptualizaciones se presentan una revisión sucinta de la literatura existente relacionada con la evidencia de las expresiones de cuidado, la presencia de cuidado en la enfermería y la medición del cuidado y los resultados.

Además comparte su enfoque para seleccionar los instrumentos y las medidas empíricas de cuidado publicadas en la literatura de enfermería, haciendo contactos personales con los autores para capturar las revisiones recientes e identificar el uso conocido de las medidas. Aunque, no se intentó realizar una crítica psicométrica en profundidad de cada instrumento. Los instrumentos escogidos introducen dimensiones nuevas o más profundas de los conceptos de cuidado, como el cuidado relacional, el cuidado familiar, las relaciones entre enfermeras(os) y pacientes, los comportamientos de cuidado, las interacciones entre enfermeros/as y pacientes y los factores de cuidado. Organizados por bases teóricas / conceptuales, enfoque de desarrollo y propiedades psicométricas.

Cuando están disponibles, algunos instrumentos se presentan en más de un idioma. La revisión del ajuste conceptual y la adecuación de la población por parte de los adoptantes potenciales. También se proporciona información sobre el autor, lo que facilita que los adoptantes potenciales se pongan en contacto con los autores para obtener permiso para utilizar las medidas en la práctica o en la investigación. En conjunto, esta sección es un testimonio de la imaginación humana y la creatividad de los estudiosos de enfermería.

Cabe agregar que se pone de relieve los nuevos desafíos y direcciones sobre la teoría y el desarrollo de instrumentos. Se sugieren 9 puntos para ayudar a evaluar el grado de validez del constructo para cada medida, desde

1. Marco Teórico

el enlace teórico hasta la validez predictiva. En reconocimiento de la importancia del desarrollo de herramientas para respaldar la calidad de la investigación de cuidados, también recomienda combinar métodos cualitativos y cuantitativos para mejorar nuestra comprensión y medición del cuidado.

La organización de las medidas por entornos, incluida la educación, la práctica clínica de enfermería, la administración de enfermería y el clima organizativo / de atención, invita a apreciar el aliento de las conceptualizaciones actuales sobre atención, y brechas de medición. Este libro ofrece una contribución significativa a la literatura de enfermería.

Watson presenta no solo una compilación actualizada y sistemática de las medidas de cuidado existentes en un formato fácilmente accesible y útil; ella continúa documentando una historia del desarrollo del conocimiento de forma cuidadosa. La descripción de cada una de las 27 medidas sirve como un ejemplo de desarrollo de herramientas que puede inspirar y guiar a los estudiosos de enfermería en el avance de la ciencia del cuidado humano.

En el siguiente capítulo profundizaremos un instrumento en específico, incluido en este indispensable libro *“Assessing and measuring caring in nursing and health sciences: Watson’s Caring Science Guide”*. La Caring Efficacy Scale creada por la doctora Carolie Coates, el cual es el argumento fundamental de mi tesis doctoral.

1.4. La autoeficacia según Bandura

El psicólogo canadiense Albert Bandura, uno de los autores vivos más importantes de la literatura psicológica, en su teoría, definió el sentido de la autoeficacia como: "creencias sobre la capacidad de uno para organizar y ejecutar las secuencias de acciones necesarias para producir ciertos resultados" (60). No se trata de una confianza en sí misma genérica, sino de la convicción de lo adecuado para poder hacer frente a ciertas tareas de manera efectiva, sentirse capaz de manejar eventos específicos y sentirse cómodo en diferentes situaciones.

La autoeficacia es un concepto sustancialmente diferente con respecto a la autoestima el sentido de autoeficacia se refiere a los juicios de capacidad personal, mientras que la autoestima se refiere a los juicios de valor personal (61). El sentido de la autoeficacia es relativo al nivel percibido de habilidad y efectividad ligada a la esfera de la propia creación, naturalmente, si una persona no se siente adecuada en una actividad dada, y

si esto cae dentro de sus propios parámetros de evaluación personal, el sentido de autoeficacia también podría afectar la autoestima y la salud en general.

El sentido de autoeficacia no es el conjunto de habilidades que permite estar en condiciones de hacer algo bien, sino que es lo que se piensa acerca de las posibilidades de éxito, y esto luego regula la forma en que se coloca el

1. Marco Teórico

individuo ante las elecciones grandes y pequeñas de la vida (60). Cualquiera que piense que no puede hacerlo ya se ha dado por vencido incluso antes de comenzar, no establece objetivos importantes y desafiantes, se enfrenta a cualquier situación con el mínimo esfuerzo o incluso decide no actuar. Las razones que conducen a la parálisis pueden ser diferentes, desde el miedo a lo desconocido hasta el miedo a la desaprobación de los demás.

Bandura establece criterios que permiten influenciar en la autoeficacia y estas se detallan a continuación (62):

1) Experiencia directa de gestión efectiva: las experiencias personales y la memoria de situaciones enfrentadas con éxito representan una fuente importante para adquirir un sentido de autoeficacia.

2) Experiencias vicarias: la observación de personas y modelos que rodean al individuo y que alcanzan sus objetivos a través de la acción y el compromiso aumenta la convicción de que puede hacerlo.

3) Persuasión verbal: la confianza que otros depositan en la persona ciertamente ayuda a desarrollar un sentido de autoeficacia. Según Bandura, "las guías persuasivas deben ser capaces de reconocer las debilidades y fortalezas y crear actividades individualizadas adecuadas para transformar el potencial en capacidades efectivas. Además, para hacer progresar el desarrollo personal, las personas capaces de inculcar un sentido de

efectividad alientan a otros a medir su éxito en términos de mejora personal en lugar de superar el desempeño de otros ” (63).

4)Estados fisiológicos y afectivos: una buena condición emocional y un buen estado físico y psicológico ciertamente aumentan el sentido de autoeficacia. En la relación entre objetivo y desempeño, por lo tanto, las convicciones personales de efectividad y adecuación tienen un peso muy importante porque afectan la vida.

5)Autoeficacia en contextos laborales: numerosas investigaciones en el campo del trabajo han demostrado que las personas con baja autoeficacia son más propensas al estrés emocional que aquellas con alta eficacia personal, que son más resistentes a las solicitudes, las dificultades y la acción de los factores estresantes.

Con las mismas habilidades y competencias, la persona con un fuerte sentido de autoeficacia elige metas más altas, está más satisfecha, usa sus habilidades al máximo, está menos ansiosa, maneja mejor las dificultades y fracasos, está más decidida, y, en esencia, logra resultados significativamente más apreciables que aquellos que, por el contrario, tienen una percepción negativa de sus habilidades (64).

Todos los individuos son inherentemente agentes y tienen una motivación para la acción. Cuando este sentido de eficacia se traduce en la capacidad

1. Marco Teórico

efectiva de responder a las necesidades, se logra el objetivo de brindar bienestar a los demás, así como el poder crecer personalmente y cumplir en el trabajo.

Cuando, por otro lado, hay una ruptura en el sentido de eficacia, una condición de estrés laboral o incluso síndrome de agotamiento, o un fuerte sufrimiento individual, un agotamiento emocional que lleva a una falta de interés en las personas y actividades relacionadas con alcance del trabajo (64).

El fenómeno del agotamiento es el resultado de un proceso estresante, más frecuente en aquellos que eligen una profesión de ayuda (maestros, médicos, enfermeras(os), etc., que desafortunadamente se considera hoy en día como una condición habitual del mundo moderno del trabajo y ya no afecta solo a ciertas categorías.

En el caso de enfermería se correlaciona con la autonomía profesional y el empoderamiento. Las/los enfermeros(as) con altos niveles de autoeficacia consideran las barreras como oportunidades en lugar de amenazas. Además, los individuos con la creencia adecuada en su autoeficacia buscan superar situaciones difíciles en lugar de evitarlas. Son más capaces de hacer frente a situaciones particulares y es más probable que realicen una tarea hasta que sobresalgan en ella (38), a continuación, haremos referencia de un

instrumento que mide la autoeficacia de las/los enfermeros(as) llamado la Caring Efficacy Scale.

1.5 The Caring Efficacy Scale

La Caring Efficacy Scale (CES) está Basada en la teoría de Watson(4). y en la teoría de la autoeficacia de Bandura(60,62). es un instrumento que mide la experiencia de cuidado de las/los enfermeros(as) que incluye habilidades, actitudes y cogniciones de la persona para establecer una relación de cuidado (65).

La escala original incluía 46 ítems que miden actitudes, habilidades y comportamientos afectuosos utilizando una escala Likert de seis puntos. La versión actual es de 30 elementos en total y está equilibrada para elementos positivos y negativos. El factor principal se refiere al sentido de eficacia al establecer relaciones de cuidado con los pacientes. La medida original tenía una buena consistencia interna (valor Alfa de Cronbach de 0.857). Se encontró que el CES tenía una alta consistencia interna y poseía relaciones positivas significativas con una medida de competencia clínica.

En 1997, se publica el primer artículo en ingles donde se analiza la confiabilidad y validez del instrumento evaluando la eficacia de la atención de enfermeros novatos y experimentados de tres programas de enfermería: licenciatura , doctorado en enfermería y maestría (65).

1. Marco Teórico

Esta escala ha sido utilizada una variedad de organizaciones, hospitales y centros ambulatorios, escuelas de enfermería, organizaciones comunitarias, investigaciones entre otras, para evaluar programas diseñados para mejorar la eficacia de la atención médica. Usados por investigadores y evaluadores de programas en EE. UU., Canadá, Reino Unido, Escocia, China, Filipinas y Japón (66). En un estudio realizado en Chile en 2007, que adaptó esta escala a la lengua castellana se identifican 30 ítem, utilizando la escala tipo Likert de 1 a 6 desde totalmente desacuerdo a totalmente de acuerdo, el cual obtuvo un Alfa de Combrach de 0.76 (67).

Realizando una revisión de la literatura científica hasta el año 2019, se identificaron varios artículos en los cuales se utilizó la escala o se adaptó culturalmente. A continuación, se describen los principales resultados que publicaron los autores de los mismos y quedan recogidos en la tabla 11.

N°	Autores Por Año	País	Ámbito	Principales Resultados
1	Sadler J. A 2003	Estados Unidos	Académico en la formación de estudiantes	Medir la eficacia auto-reportada de los estudiantes de licenciatura en enfermería utilizando la CES
2	<u>Manojlovich</u> M 2005	Estados Unidos	Enfermeros del área clínica	Efecto del liderazgo de enfermería a nivel de una institución sanitaria en la relación del empoderamiento y la autoeficacia con los comportamientos de la práctica profesional de enfermería.
3	Wade GH, Kasper N. 2006	Estados Unidos	Académico en la formación de estudiantes	Su estudio describe el desarrollo y la prueba de un instrumento para medir las percepciones de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado utilizando como referencia la CES
4	Amendolair D 2012		Enfermeros del	Su estudio examinó la relación entre

		Es- tados Unidos	área clínica	la expresión de cuidado de las/los enfermeros(as) y la satisfacción laboral. Utilizando la CES y la Índice of Works Satisfaction (IWS)
5	Poblete-Troncoso M del C, Valenzuela-Suazo SV, Merino JM 2012	Chile	Enfermeros del área clínica	Adaptación cultural y validación al castellano de la CES
6	Eggenberger TL, Keller KB, Chase SK, Payne L. 2012	Estados unidos	Académico en la formación de estudiantes	estudio correlacional para comparar las autoevaluaciones de los estudiantes con las calificaciones del profesorado sobre la auto eficacia del cuidado durante una experiencia de simulación aguda para adultos con estudiantes de enfermería
7	Lamke D, Catlin A, Mason-	Estados	Enfermeros del	estudio fue evaluar el efecto de la

	Chadd M . 2012	unidos	área clínica	capacitación de enfermeras(os) en los métodos de autocuidado Jin Shin Jyutsu® y correlacionar la capacitación con la medición del estrés personal y organizacional de las/los enfermeros(as) y sus percepciones de su autoeficacia en el cuidado de los pacientes
8	Reid C, Courtney M , Anderson D , Hurst C . 2015	Australia	Enfermeros del área clínica	Validación y adaptación cultural de la CES al contexto australiano
9	Surr CA , Smith SJ , Crossland J, Robins J. 2016	Reino unido	En el ámbito clínico	Evaluación de la autoeficacia de un programa de capacitación especializado para el personal hospitalario agudo con respecto a la mejora de las actitudes, la satisfacción y los sentimientos de eficacia asistencial, en la prestación de atención a las personas con demencia.

10	Trowbridge K, Mische Lawson L, Andrews S, Pecora J, Boyd S. 2017	Estados unidos	Formación en el área clínica	Este estudio exploratorio investiga la viabilidad de un curso de dos días de reducción de estrés basado en mindfulness comprimido (cMBSR) proporcionado en el lugar de trabajo del hospital con trabajadores sociales de atención médica pediátrica. Utilizando la CES como instrumento de medida en la adquisición de las competencias
11	Schenk E, Schleyer R, Jones CR, Fincham S, Daratha KB, Monsen KA. 2018	Estados Unidos	Formación en el área clínica	Se utilizó la CES para comprender mejor los efectos del registro electrónico de salud en la eficacia al brindar cuidado por el personal de enfermería.

12	Venables H, Wells Y Fetherstonhaugh D 2019	Australia	Académico en la formación de estudiantes de enfermería	Evaluar la confiabilidad interna y la validez (contenido y criterio) de la Encuesta de pacientes mayores en cuidados agudos (OPACS) como una medida del conocimiento, las actitudes y las prácticas de las/los enfermeros(as) con respecto a la atención de pacientes hospitalizados mayores en Australia. Utilizando la CES como validez de criterio
13	Jeong-Hee Kim, Young Sook Park 2018	Corea del sur	Académico como clínico	Revisión de la literatura coreana de investigación en enfermería con enfoque en la medición cuantitativa del cuidado, en el cual se identifica la CES como uno de los instrumentos más utilizados en ese país

14	Reid C, Jones L, Hurst C, Anderson D 2018	Australia	En el ámbito clínico	El objetivo de este estudio fue examinar si existían relaciones entre las variables sociodemográficas y la autoeficacia percibida de las/los enfermeros(as) de Australia.
15	Al-Fayyadh S 2019	India	En el ámbito clínico	Este estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de eficacia del cuidado y verificar cualquier relación potencial entre las características profesionales de la/el enfermero(a) de cuidados críticos y su nivel de eficacia del cuidado en los hospitales universitarios

Tabla 11 Revisión del uso y adaptación de la “Caring Efficacy Scale”

Fuente: Elaboración propia

En esta línea se detallan los aspectos más relevantes de las mencionadas publicaciones:

1) El propósito de este estudio piloto fue medir la eficacia auto-reportada de los estudiantes de licenciatura en enfermería utilizando la CES. Las puntuaciones medias en esta sección transversal de estudiantes fueron más altas que las informadas por Coates para las/los enfermeros(as) principiantes, pero ligeramente más bajas que las informadas por Coates para estudiantes de bachillerato comparables. Este estudio, aunque limitado a los estudiantes en un solo programa, proporciona datos de evaluación iniciales de las competencias de cuidado de los dicentes de enfermería (68).

2) Estudio que buscó comprender el efecto del liderazgo de enfermería a nivel de una institución sanitaria en la relación del empoderamiento y la autoeficacia con los comportamientos de la práctica profesional de enfermería. Se pudo concluir que un fuerte liderazgo de enfermería también contribuye a una relación adicional entre el empoderamiento y la autoeficacia (69).

3) Se presenta un estudio donde tenía como objetivo conocer las percepciones del instructor de estudiantes de enfermería con al NSPIC (The Nursing Students' Perceptivos of Instructor Caring) se utilizando la CES para la validez predictiva aunque el NSPIC se encuentra en sus

1. Marco Teórico

primeras etapas de desarrollo, sus propiedades psicométricas indican que es una medida válida y confiable de las percepciones de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado del instructor(23).

4) Estudio realizado en Estados Unidos examinó la relación entre la expresión del cuidado y la satisfacción laboral de las/los enfermeros(as). Los participantes reportaron satisfacción laboral positiva. Se estableció una correlación entre la CES, el Índice de Satisfacción Laboral (IWS) y los 6 componentes del IWS. Se descubrió que pasar tiempo con los pacientes era un factor predictivo de la capacidad de las/los enfermeros(as) para expresar comportamientos de cuidado(70).

5) Un estudio realizado en Chile para validar a la lengua española de la CES. La validación de esta escala es una contribución al cuidado humano en términos de conocer la importancia que le dan las/los enfermeros(as) y qué tan efectivas se sienten, así como para remediar las deficiencias en la enseñanza y la práctica del cuidado humano (71).

6) Un estudio realizado en centros de simulación para estudiantes de enfermería se adoptó la CES de Coates para evaluar el desempeño de los estudiantes modificándolas a esta realidad les: Caring Efficacy Scale - simulación suden versión (ces-ss.) y Caring Efficacy Scale -simulación faculta versión, e descubrió que tanto el CES-SSV como el CES-SFV tenían una excelente consistencia interna y una confiabilidad significativamente

correlacionada entre los evaluadores. Eran útiles para medir el cuidado en el entorno de aprendizaje simulado(72).

7) El propósito de este estudio fue evaluar el efecto de la capacitación de enfermeras(os) en los métodos de autocuidado de JinShinJyutsu® y correlacionar la capacitación con la medición del estrés personal y organizativo de las/los enfermeros(as) y sus percepciones de la eficacia de la atención para los pacientes se aplicó la CES donde se observó autoeficacia en el manejo del estrés sueño y otros factores que promovieron bienestar en las/los enfermeros(as) (73) .

8) Un estudio realizado en Australia con una muestra de más de dos mil enfermeras(os), sometieron La CES a rigurosas pruebas psicométricas, que proporcionan evidencia de consistencia interna y de índices de bondad de ajuste dentro de rangos satisfactorios. Midiendo exactamente la autoeficacia de las/los enfermeras(os) (74).

9) Los autores tuvieron como objetivo evaluar la eficacia de un programa de capacitación de especialistas para el personal de hospitales agudos con respecto a la mejora de las actitudes, la satisfacción la autoeficacia en brindar cuidados, en la prestación de atención a personas con demencia. Utilizando como instrumento de evaluación la CES con resultados satisfactorios (75).

10) Este estudio exploratorio investigo la viabilidad de un curso de reducción de estrés basado en la atención plena comprimida, en el lugar de

1. Marco Teórico

trabajo del hospital con trabajadores sociales de atención médica pediátrica en la ciudad de Kansas estados unidos. Los resultados incluyeron diferencias significativas entre las variables de resultados previas y posteriores utilizando entre varios instrumentos fue la CES (76) .

11) En esta investigación se analizaron los impactos de la adopción de un registro de salud electrónico integral al medir las ubicaciones e intervenciones de enfermería en tres unidades antes y 12 meses después de la implementación. Además, los investigadores administraron la CES para entender mejor los efectos del registro de salud electrónico en la eficacia de la atención de enfermería dando como resultado que las/los enfermeros(as) pasaron significativamente más tiempo en las habitaciones de los pacientes y menos en otros lugares medidos. Pasaron más tiempo en general realizando intervenciones de enfermería, con mayor tiempo en la documentación y administración de medicamentos, pero menos tiempo informando y brindando enseñanza a pacientes y familias (77).

12) En Australia se llevó a cabo un estudio con estudiantes de enfermería donde se evaluó la confiabilidad y validez interna (contenido y criterio) de la Encuesta de Pacientes Mayores en Cuidados Agudos (OPACS) como una medida del conocimiento, las actitudes y las prácticas de las/los enfermeros(as) con respecto a la atención de pacientes hospitalizados de mayor edad .la validez de criterio utilizado fueron las correlaciones entre el

OPACS y el cuestionario de hechos sobre el envejecimiento de Palmore y la CES (78).

13) Los autores presentan una revisión sistemática de artículos con método cuantitativo en la realidad coreana mostrando como la CES se ha adaptado culturalmente en el idioma coreano siendo uno de los instrumentos más populares y utilizados en los artículos hechos en ese país (79).

14) Otro estudio realizado en Australia se centró en examinar si existían relaciones entre las variables sociodemográficas, años de experiencia, edad, sexo, estado civil, nivel de educación, años empleados en el mismo lugar de trabajo, situación laboral, ubicación geográfica, área de especialidad, salud sector y estado australiano y la autoeficacia percibida de las/los enfermeras(as) registradas en el país. Utilizando la CES como instrumento de medida (80).

15) Este estudio fue realizado en la India evaluó el nivel de eficacia del cuidado y verifico cualquier posible relación entre las características profesionales de la/el enfermero(a) de cuidados críticos y su nivel de eficacia del cuidado dentro de los hospitales universitarios utilizando como instrumento la CES, los resultados obtenidos se resumen que el porcentaje más alto de la muestra del estudio se clasificó en la categoría de mayor eficacia de cuidado que indica una alta competencia de cuidado, es

1. Marco Teórico

importante reconocer que hay un porcentaje significativo de enfermeras(os) con un nivel de eficacia de cuidado moderado e incluso bajo(81).

Todos estos estudios se pueden ver resumidos en la tabla 11, donde se especifican los autores, naciones, año y ámbito de las investigaciones que han utilizado la CES como instrumento de medida.

Justificación del estudio

2. Justificación del estudio

Cada día son más los retos que surgen para la enfermería que permiten su desarrollo profesional y disciplinar, en el abordaje de fenómenos a través del método científico tanto en las universidades como en el ámbito profesional, que luego brindarán elementos claves al quehacer (82).

Así mismo, relacionar y articular el sentido humanístico al desarrollo científico y técnico de la profesión de enfermería, es un compromiso ético que tiene el/la enfermera(o) como cuidador(a) de otras personas, incluso de sí mismo(a). Por lo tanto, es fundamental motivar la reflexión y discusión entre los profesionales de enfermería sobre el tema de la humanización y su relación con su quehacer cotidiano, como es el cuidar (83) (84).

Para el avance del conocimiento científico de enfermería, es de suma importancia contar y disponer con instrumentos que garanticen una validez y confiabilidad, que, al momento de abordar este tipo de fenómenos, permitan descubrir o redescubrir elementos en los escenarios de cuidado.

En la actualidad, la investigación ha permitido que las disciplinas desarrollen instrumentos válidos y confiables, para que las nuevas generaciones de investigadores, analicen otras perspectivas de estos fenómenos estudiados. Por tal motivo la aplicación de estas escalas permite evaluar resultados en el cuidado en proyectos previos; por lo cual se considera de suma importancia estudiar y medir la percepción de las/los

enfermeros(as) en relación a la propia capacidad de organizar y ofrecer cuidados , el instrumento más eficaz y adaptado a la realidad enfermera es la escala Caring Efficacy Scale (CES).

Potencial de la investigación

Teniendo en cuenta los criterios establecidos por Hernández , Fernández y Batista (85), en su libro la metodología de investigación se plantean a continuación las potencialidades de esta investigación.

Conveniencia

Esta tesis doctoral permite medir la capacidad de cuidado del personal de enfermería en el contexto italiano logrando hacer un diagnóstico de la autoeficacia del profesional de enfermería.

Relevancia

Tendrá un impacto en la evaluación de los cuidados ofrecidos en enfermeras(os) italianas(os) las cuales según la federación de enfermería italiana, el país cuenta con más de cuatrocientas mil(86); cabe resaltar que la lengua italiana es un idioma oficial no solamente en Italia además en países como el Vaticano , San marino y Suiza (87).

Implicaciones para la práctica

Será un recurso importante para poder medir la calidad de los servicios de enfermería permitiendo identificar las debilidades y fortalezas de las/los

2. Justificación del estudio

enfermeros(as) en relación a la autoeficacia, sea de un servicio en concreto o un hospital, o sistema sanitario regional .

Valor teórico

Ayudará aún más a confirmar y fortalecer la teoría del cuidado humano de Jean Watson, expandiendo los conocimientos y rompiendo barreras idiomáticas aplicándose en situaciones culturales y específicas como lo es el contexto italiano.

Utilidad

A través de la identificación de las dificultades de las/los enfermeros(as) en ser auto eficaces para cuidar con la CES se pueden implementar estrategias u acciones que pueda mejorar o perfeccionar la capacidad de cuidados de las enfermeras(os).

Objetivos e Hipótesis

3. Objetivos e Hipótesis

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo General

Validar y adaptar culturalmente al contexto italiano la Caring Efficacy Scale según la teoría del cuidado humano de Jean Watson.

3.1.2. Objetivos Específicos

- Realizar la adaptación cultural de la Caring Efficacy Scale CES según la teoría del cuidado humano de Jean Watson al italiano.
- Analizar la validez de la versión italiana de la CES según la teoría del cuidado humano de Jean Watson en relación al constructo y la validez convergente –discriminante.
- Analizar la fiabilidad de la versión italiana de la CES según la teoría del cuidado humano de Jean Watson en términos de consistencia interna y la estabilidad temporal.
- Describir las características sociodemográficas de los participantes del estudio.

3.2. Hipótesis

Para la investigación se exponen tres hipótesis principales, explicadas a continuación:

3. Objetivos e hipótesis

1. La versión italiana de la CES según la teoría del cuidado humano de Jean Watson presenta una consistencia interna superior al 70%
2. La versión italiana de la CES presenta una estabilidad temporal del 70%
3. La versión italiana de la CES presenta una estructura factorial de 2 factores y tanto los factores como los ítems obtienen una correlación significativa superior a 0,70.

Metodología

4. Metodología

El capítulo actual tiene como objetivo la descripción de los materiales y métodos utilizados para el desarrollo de la investigación. Se inicia con la definición del tipo de estudio y todas las cuestiones relacionadas con el diseño del estudio a seguir la descripción de los aspectos relacionados con la recogida y análisis de los datos.

4.1. Diseño del estudio

El estudio realizado es un estudio de carácter métrico descriptivo que se incluye en un paradigma de investigación cuantitativa. Se ha desarrollado en dos fases: La fase I, corresponde al proceso de adaptación cultural al italiano de la *CES* y la fase II, es la validación de la misma según la teoría del cuidado humano de Jean Watson, así como el proceso de análisis métrico.

4.2. Contexto del estudio

Este estudio se ha llevado a cabo en L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari es un hospital que pertenece al sistema sanitario nacional italiano y al Ministerio dell'istruzione universitaria e ricerca italiana de carácter público y permite la formación de estudiantes universitarios de la facultad de ciencias de la salud. Se encuentra ubicado en la provincia de Cagliari, el cual atiende las necesidades de 17 poblaciones conformada por más de 400 mil habitantes, con una capacidad de 476 camas.

4. Metodología

L'Università degli Studi di Cagliari tiene dos sedes, el hospital civil San Giovanni di Dio, es el hospital más antiguo de la ciudad de Cagliari. Construido en 1844, en un proyecto del famoso arquitecto Gaetano Cima, es, por excelencia, el hospital de Cagliari. De hecho, constituye un patrimonio de la ciudad no solo por el papel que ha desempeñado durante más de un siglo en garantizar la asistencia a los ciudadanos, sino también por sus raíces en la comunidad y en el tejido urbano.

El San Giovanni di Dio es un presidium multiespecialista que todavía representa un punto de referencia para la salud de la isla gracias a las múltiples estructuras de excelencia que operan allí.

Actualmente están presentes los siguientes servicios: oftalmología, cirugía menor ambulatoria, dermatología, psiquiatría, patología, odontología, fisioterapia y medicina paliativa.

El policlínico universitario Duilio Casula de la ciudad de Monserrato, el cual se encuentra conectado físicamente a la Cittadella Universitaria di Cagliari, permitiendo que los estudiantes de las diferentes áreas sanitarias puedan desarrollar sus habilidades académicas dentro el hospital. El hospital universitario cuenta con diferentes especialidades médicas para la atención de pacientes de la zona sur de la Cerdeña. En la áreas de cardiología , urgencias , cirugías en todas sus especialidades, cuidados intensivos para

adulto y neonatos , ginecología y obstetricia , medicina interna , geriatría, oncología , hematología, gastroenterología y otorrinolaringología (88).

4.3. Población de estudio y muestra

La población de estudio fueron enfermeras(os) que ejercen en la Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari durante el mes de noviembre del 2017 y que cumplen los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: enfermeras(os) que aceptaron participar voluntariamente en el mismo, así como las/los enfermeros(as) que brindan cuidados directos.

Criterios de exclusión: los profesionales que no cumplen con los criterios de inclusión, así como aquellos profesionales que no brindan cuidado directo a los pacientes.

4.3.1. Tipo de Muestra

Se ha realizado un muestreo no probabilístico intencional, donde se ha seleccionado una muestra de la población accesible mediante un muestreo consecutivo de las personas que cumplían los criterios de inclusión, hasta completar el tamaño de la muestra necesario.

4.3.2. Cálculo del tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se han seguido las recomendaciones de Norman y Streiner, que consideran que la misma debe ser entre 5 y 20 participantes por cada ítem que forma parte de la sub escala (89)(90). En este estudio, debido al número de ítems que configuran la escala inicial, se acordó incluir a 10 participantes por cada ítem. Así, en el presente estudio, fue necesaria una muestra mínima de 300 personas, ya que la escala está formada por 30 ítems, realizándose un muestreo consecutivo hasta completar el tamaño de la muestra mínima.

4.4. Variables del estudio

Las variables del estudio se dividen en dos categorías: las variables sociodemográficas de los participantes y las variables relacionadas con la Caring Efficacy Scale.

- Variables socio demográficas:

Se consideraron ocho variables:

1. Sexo: hombre o mujer.
2. Edad: años en el momento del estudio.
3. Tipo de contrato: Si es a tiempo indefinido agencia de trabajo o a tiempo definido.

4. Servicio donde trabaja: área específica dentro la institución donde ejerce como enfermera(o).
5. Institución hospitalaria donde trabaja san Giovanni di Dio o policlínico universitario.
6. Tipo de turno si trabaja en un turno (solo mañana o solo tarde) dos turnos (mañana y tarde) o tres turnos (mañana, tarde y noche).
7. Tiempo en el cual trabaja menos de tres años de 4 a 9 años o más de 10 años.
8. Nivel de formación académica diploma, universitario o formación post grado.

<p>Confianza al brindar cuidados</p>	<p>Dudas e inquietudes sobre la capacidad de las enfermeras(os) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes.</p>
<p>2. se non mi sento ben relazionato/a con il mio paziente, provo ad analizzare cosa posso fare per entrare in contatto con lui</p>	<p>1. Non mi sento fiducioso/a nella mia capacità di esprimere un senso di cura verso i miei pazienti</p>
<p>3. Mi sento a mio agio a toccare i miei pazienti durante l'assistenza.</p>	<p>8. Ho difficoltà a mettere da parte i miei pregiudizi e convinzioni personali al fine di ascoltare e accettare un paziente come persona</p>

4. Metodología

4. Trasmetto un senso di forza personale ai miei pazienti	12. Mi manca la fiducia nella mia capacità di parlare con i pazienti provenienti da paesi diversi dal mio.
5. I pazienti possono dirmi qualsiasi cosa e non sarò scandalizzato/a.	13. Ho la sensazione che se parlo con i pazienti a livello individuale e personale, le cose potrebbero andare fuori controllo.
6. Ho la capacità di mostrare un senso di normalità in condizioni di stress.	15. Non mi sento abbastanza forte per ascoltare le paure e le preoccupazioni dei miei pazienti.
7. È facile per me prendere in considerazione i molteplici aspetti della cura dei pazienti e, allo stesso tempo, ascoltarli	16. Anche quando mi sento sicuro/a di me riguardo la maggior parte delle cose, mi pare ancora di non essere in grado di relazionarmi con i pazienti
9. Posso entrare in una stanza portando energia e serenità che faccia sentire pazienti meglio	17. Mi sembra di avere problemi nel relazionarmi ai pazienti
10. Sono in grado di entrare in sintonia con un particolare paziente e dimenticare le mie preoccupazioni personali.	20. Spesso è difficile trasmettere il mio punto di vista ai pazienti quando ne ho bisogno
11. Di solito riesco a creare un	21. Quando, provo a risolvere un

modo di relazionarmi con qualsiasi paziente	contrasto con un paziente, di solito peggioro la situazione
14. Uso ciò che ho imparato nelle conversazioni con pazienti per fornire assistenza più personalizzata	23. Se trovo difficile stabilire un rapporto con un paziente, smetto di cercare di lavorare con quella persona.
18. Di solito stabilisco una stretta relazione con i miei pazienti	24. Spesso è difficile relazionarmi con pazienti con una cultura diversa dalla mia
19. Di solito riesco a fare in modo di piacere ai pazienti	26. Spesso ho difficoltà ad esprimere empatia verso i pazienti
22. Se penso che un paziente sia a disagio o possa avere bisogno di aiuto, mi approccio a quella persona	27. Mi capita spesso di essere sopraffatto/a dalla natura dei problemi che i pazienti stanno vivendo.
25. Ho aiutato molti pazienti grazie alla mia capacità di sviluppare relazioni strette e significative	29. Anche quando mi sforzo, non riesco a stabilire un contatto con pazienti difficili
28. Quando un paziente ha difficoltà a comunicare con me, io sono in grado di adattarmi al suo livello	30. Non uso modi creativi o inusuali per esprimere il senso di cura ai miei pazienti

Tabla 12 Variables relacionadas con la Caring Efficacy Scale

Fuente: Elaboración propia

4. Metodología

Estas variables se definen directamente a partir de los resultados de la adaptación cultural, en la columna izquierda se encuentran las dimensiones que miden la confianza de la/el enfermero(a) al cuidar, en cambio la columna derecha se encuentran las variables que miden la dimensión de dudas e inquietudes sobre la capacidad de las/los enfermeros(as) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes.

4.5. Instrumento de recogida de datos

Los instrumentos de recogida de datos son dos apartados, un formulario para las variables socio demográfico de la muestra y el otro corresponde a los ítems de la CES. Ambos se describen a continuación.

4.5.1. Formulario de recogidas de datos socio demográficos

Para recoger las variables que hacen referencia a las características sociodemográficas de la muestra, se construyó un formulario que se adjunta en el anexo como son: sexo, edad, tipo de contrato, servicio donde trabaja, institución hospitalaria donde trabaja, tipo de turno, tiempo en el cual trabaja y nivel de formación académica.

4.5.2. La Caring Efficacy Scale (CES)

La escala que en esta investigación se adapta y valida, es la versión inglesa de la CES la cual está validada a ese contexto (ver anexo 5). Está formada originalmente por 30 ítems que se fundamentan, en la autoeficacia de la/el

enfermero(a) en brindar cuidados a los pacientes y cada ítem se evalúa mediante una escala tipo Likert con puntuaciones que oscilan entre 1 y 6, y las respuestas corresponden respectivamente a: fuertemente en desacuerdo (1), moderadamente en desacuerdo (2), levemente en desacuerdo(3), levemente de acuerdo (4), moderadamente de acuerdo (5) y fuertemente de acuerdo (6).

Estos ítems se agrupan en dos dimensiones según el tipo de auto cuidado para la sub-dimensión *confianza en el cuidado* y la sub dimensión *dudas e inquietudes sobre la capacidad de las/los enfermeros(as) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes*.

La distribución del ítem según las sub dimensiones:

- Confianza en el cuidado: 2,3,4,5,6,7,9,10,11,14,18,19,22,25 y 28.
- Dudas e inquietudes sobre la capacidad de las enfermeras(os) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes: 1, 8,12,13,15,16,17,20,21,23,24,26,27,29 y 30.

4.6. Procedimiento de recogida de datos

Después de la aprobación y autorización por parte de la dirección general del hospital, se utilizó un muestreo de conveniencia para seleccionar enfermeras(os) de diferentes servicios.

4. Metodología

Se reclutaron todas las/los enfermeros(as) interesados en participar en el estudio. Los criterios de inclusión fueron: ser enfermeras(os) clínicos(as), trabajar a tiempo completo o parcial en el hospital.

Los coordinadores de enfermería fueron excluidos de la encuesta porque no brindan cuidados directos con los pacientes. Además, los estudiantes de enfermería fueron excluidos porque formalmente no se consideran enfermeras(os). Para poder analizar la validez y la fiabilidad, se calculó el tamaño de la muestra siguiendo las recomendaciones de Norman y Streiner, que consideran que ésta debe ser de entre cinco y veinte participantes para cada ítem que forma parte de la escala (91)(89); por tanto, en este caso, se necesitaba una muestra formada por un mínimo de 150 sujetos, ya que la escala está formada por 30 ítems.

La versión italiana del cuestionario completo se administró en formato impreso a 300 enfermeras(os) en total, durante sus horas de trabajo. La recolección de datos se realizó en noviembre de 2017; los participantes recibieron 3 semanas para completar y devolver su cuestionario en cajas cerradas que se encontraban en cada servicio.

4.7. Aspectos éticos

Los principios éticos son muy importantes en cualquier investigación, ya que son estos los que permiten proteger a las personas que participan en el estudio científico, así como garantizar que el estudio es sólido ante la mirada ética y moral. Así, y antes de cualquier otra consideración, se obtuvo la autorización con el aval de la doctora Jean Watson para la utilización de la escala (anexo 2). En esta investigación se obtuvo la autorización del Comité de Ética dell'azienda Ospedaliera Universitaria Di Cagliari (anexo 3).

También se desarrolló un documento de información y además un formulario de consentimiento donde se describía el estudio sus objetivos y las condiciones de participación estos documentos están reflejados en el (anexo 1)

Posteriormente para la obtención del consentimiento de los participantes, se han tenido en cuenta los aspectos indicados a continuación:

Evaluación Riesgo Beneficio: El estudio realizado no suponía ningún riesgo para los participantes. La única incomodidad identificada fue el hecho de que los participantes deberían disponer de 20 minutos de su tiempo para contestar a los ítems del cuestionario, lo que podría provocar alguna alteración en su rutina diaria.

Consentimiento Informado: A cada participante se entregó el documento de Consentimiento Informado que contenía la información

4. Metodología

relevante y necesaria para que el participante pudiera decidir sobre su participación en el estudio (anexo 1). El cual se encuentra en la primera página del cuestionario. En todo el momento se ha asegurado el anonimato y confidencialidad de los datos recogidos. Se ha informado los participantes del carácter voluntario de su participación, explicando que se podían retirar del estudio en cualquier momento si fuera esa su voluntad, y les han referido que la misma no suponía ninguna alteración en su ambiente laboral. Se han contestado a sus dudas y preguntas y, según la normativa vigente, han obtenido el consentimiento por escrito.

Confidencialidad De Los Datos: Con el objetivo de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, solamente el investigador principal y colaboradores han tenido acceso a los mismos. Los datos han sido introducidos en un documento, que se trató según lo dispuesto en la Ley orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, Protección de datos personales y garantía de derechos digitales (92).

La identificación de los participantes se ha realizado mediante la atribución de un código de identificación donde no constaba ni el nombre ni ningún dato de carácter personal. Durante la realización de la investigación se ha garantizado la responsabilidad personal y profesional, de manera a que los sentimientos y valores de los investigadores no influencias en la

objetividad de la investigación para que los resultados obtenidos fuesen válidos y fidedignos.

4.8. Desarrollo del estudio y análisis estadístico

La validación de instrumento tiene la finalidad de certificar que la escala tiene las características necesarias para ser utilizada, este proceso puede ser complejo para desarrollar un nuevo instrumento, se necesitan muchos recursos técnicos y humanos altamente cualificados y con experiencia. Así pues, siempre que sea posible, y haya un instrumento válido en otro

contexto, se recomienda adaptar y validar el cuestionario que se desea utilizar.

Este proceso, mundialmente aceptado, es más económico, más rápido y ofrece la posibilidad de realizar estudios entre diferentes culturas y países. Para que la CES sea considerada un instrumento bien adaptado, se decidió someterla a comprobación empírica de las propiedades psicométricas.

Como se ha explicado anteriormente, la presente investigación se ha dividido en dos fases, las cuales serán explicadas a continuación.

4.8.1. Fase I: proceso de adaptación transcultural de la escala CES

Después de haber obtenido la autorización de la CES (anexo 2) para la utilización del cuestionario, se ha procedido a la traducción de la CES del

4. Metodología

inglés al italiano , siguiendo las directrices del International Test Commission descritas por Muñiz y colaboradores (93).

Directrices de la Comisión Internacional de Test (ITC) para la traducción y adaptación de los test's. Antes de iniciar el proceso de adaptación cultural se debe planificar el proceso y para esto se necesitan unas normas que se explicaran a continuación:

Directrices previas DP
DP1. Antes de comenzar con la adaptación hay que obtener los permisos pertinentes de quien ostente los derechos de propiedad intelectual del test.
DP2. Cumplir con las leyes y prácticas profesionales relativas al uso de test's que estén vigentes en el país o países implicados.
DP3. Seleccionar el diseño de adaptación de test's más adecuado.
DP4. Evaluar la relevancia del constructo o constructos medidos por el test en las poblaciones de interés.
DP5. Evaluar la influencia de cualquier diferencia cultural o lingüística en las poblaciones de interés que sea relevante para el test a adaptar.

Tabla 13 Directrices Previas

Fuente: Elaboración Propia

Directrices de desarrollo DD
DD1. Asegurarse, mediante la selección de expertos cualificados, de que el proceso de adaptación tiene en cuenta las diferencias lingüísticas, psicológicas y culturales entre las poblaciones de interés.

DD2. Utilizar diseños y procedimientos racionales apropiados para asegurar la adecuación de la adaptación del test a la población a la que va dirigido.
DD3. Ofrecer información y evidencias que garanticen que las instrucciones del test y el contenido de los ítems tienen un significado similar en todas las poblaciones a las que va dirigido el test.
DD4. Ofrecer información y evidencias que garanticen que el formato de los ítems, las escalas de respuesta, las reglas de corrección, las convenciones utilizadas, las formas de aplicación y demás aspectos son adecuados para todas las poblaciones de interés.
DD5. Recoger datos mediante estudios piloto sobre el test adaptado, y efectuar análisis de ítems y estudios de fiabilidad y validación que sirvan de base para llevar a cabo las revisiones necesarias y adoptar decisiones sobre la validez del test adaptado.

Tabla 14 Directrices de desarrollo

Fuente: Elaboración propia

Directrices de confirmación DC
DC1. Definir las características de la muestra que sean pertinentes para el uso del test, y seleccionar un tamaño de muestra suficiente que sea adecuado para las exigencias de los análisis empíricos.
DC2. Ofrecer información empírica pertinente sobre la equivalencia del constructo, equivalencia del método y equivalencia entre ítems en todas las poblaciones implicadas.
DC3. Recoger información y evidencias sobre la fiabilidad y la validez de la versión adaptada del test en las poblaciones implicadas.

4. Metodología

DC4. Establecer el nivel de comparabilidad entre las puntuaciones de distintas poblaciones por medio de análisis de datos o diseños de equiparación adecuados.
--

Tabla 15 Directrices de confirmación

Fuente: Elaboración propia

Directrices de aplicación DA
DA1. Preparar los materiales y las instrucciones para la aplicación de modo que minimicen cualquier diferencia cultural y lingüística que pueda ser debida a los procedimientos de aplicación y a los formatos de respuesta, y que puedan afectar a la validez de las inferencias derivadas de las puntuaciones.
DA2. Especificar las condiciones de aplicación del test que deben seguirse en todas las poblaciones a las que va dirigido.

Tabla 16 Directrices de aplicación

Fuente: Elaboración propia

Directrices sobre puntuación e interpretación DPI
DPI1. Interpretar las diferencias de las puntuaciones entre los grupos teniendo en cuenta la información demográfica pertinente.
DPI2. Comparar las puntuaciones entre poblaciones únicamente en el nivel de invariancia establecida para la escala de puntuación utilizada en las comparaciones.

Tabla 17 Directrices sobre puntuación e interpretación

Fuente: Elaboración propia

Directrices sobre la documentación DSD
DSD1. Proporcionar documentación técnica que recoja cualquier cambio en el test adaptado, incluyendo la información y las evidencias sobre la equivalencia entre las versiones adaptadas.
DSD2. Proporcionar documentación a los usuarios con el fin de garantizar un uso correcto del test adaptado en la población a la que va dirigido.

Tabla 18 Directrices sobre la documentación

Fuente: Elaboración propia

- Traducción:** Antes de iniciar la adaptación cultural de la Caring Efficacy Scale se obtuvo la autorización con el aval de la doctora Jean Watson para la utilización de la escala para la versión italiana. Se tradujo la escala CES partiendo de su versión original que es en el idioma inglés estadounidense y procurando mantener la estructura del cuestionario. El objetivo fue lograr que el instrumento resultante mantenga la equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experiencial con el cuestionario original.(12,13) en la búsqueda bibliográfica se ha encontrado que existe un común acuerdo sobre cómo desarrollar la adaptación cultural (14–16,18) recomendándose una secuencia de cinco pasos (94–98).
- Primer paso: Traducción directa:** se realizó una traducción conceptual del instrumento. Donde participaron dos traductores bilingües de madre

4. Metodología

lengua italiana las cuales no se conocían previamente, Uno de los traductores conoció los objetivos y los conceptos considerados en el cuestionario, y tiene experiencia previa en la traducción técnica de textos, en cambio la otra traductora, realizó una traducción más ajustada al lenguaje de uso popular, identificando las dificultades de comprensión y traducción derivadas del uso de vocablos técnicos en el cual entregaron cada una de las intérpretes un documento de traducción.

- **Segundo paso: Síntesis de traducciones:** las traducciones fueron comparadas por las intérpretes. Se identificaron y se discutieron las divergencias entre las versiones traducidas hasta alcanzar el consenso, se realizó un informe del proceso en el que se produjo una única traducción del cuestionario que será la versión de síntesis en el idioma de destino.
- **Tercer paso: Traducción inversa (retro traducción):** la versión de síntesis fue retro traducida al idioma original, por dos traductores profesionales bilingües, cuya lengua materna es el inglés; las intérpretes trabajaron de forma independiente, no tenían conocimientos previos sobre el tema y desconocían los objetivos del estudio. Las intérpretes subrayaron las redacciones difíciles y las incertidumbres encontradas durante el proceso de traducción. Se determinaron las incongruencias y diferencias semánticas o conceptuales importantes entre el cuestionario

inédito y la versión de síntesis obtenida en el paso anterior. Lo antes expuesto cada una de las traductoras lo recopiló en un informe.

- **Cuarto paso: Consolidación por un comité de expertos:** se realizó un comité multidisciplinar, con las cuatro intérpretes que han trabajado en las traducciones las cuales son expertas en lingüística italiana como inglesa: un experto en metodología, y una enfermera italiana con un nivel de inglés avanzado. El objetivo de este comité fue llegar al cuestionario consolidado pre-final adaptado al idioma italiano; en este paso se presentaron las traducciones directas (paso 1), la versión de síntesis (paso 2) y las retro traducciones (paso 3). Se identificaron y discutieron las discrepancias encontradas. Se verificó que la versión pre-final sea totalmente entendible y equivalente al cuestionario original. Se verificó que el cuestionario pre-final resulte comprensible para una enfermera(o) con mínimos conocimientos de gramática y lingüística italiana, en un estudio realizado en Italia sobre autoeficacia en las decisiones familiares han implementado de forma semejante la metodología de adaptación cultural planteado en este artículo (99).
- **Quinto paso: pre-test (aplicabilidad / viabilidad):** su realización permitió evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural y la aplicabilidad o viabilidad del cuestionario. Asimismo permitió calcular si el tiempo de cumplimentación se encuentra dentro de límites

4. Metodología

razonables, que en este caso son alrededor de 20 minutos Investigadores en otros estudios han realizado pre pruebas de aplicación(100) (101).

Basándose en una revisión bibliográfica de adaptaciones culturales Se recomienda la realización del pre-test con participantes de distintos niveles educativos pero en este tipo de escala se considera diferentes tipo de servicios y de formación universitaria de las/los enfermeros(as) (102–105).Se solicitó a las/los enfermeros(as) participantes que completaran la versión consolidada de la CES y se les invitó a comentar por escrito en el mismo documento cualquier aspecto que haya resultado difícil de entender. Al final, no se identificaron posibles dificultades en la comprensión de las instrucciones del cuestionario, obviando entonces las recomendación de la revisión de alguna pregunta del cuestionario si al menos 15% de los participantes encuentran dificultades en la misma (104).

Todo el proceso de adaptación cultural al italiano de la CES, siguiendo las directrices del ITC queda resumido en la figura 1.

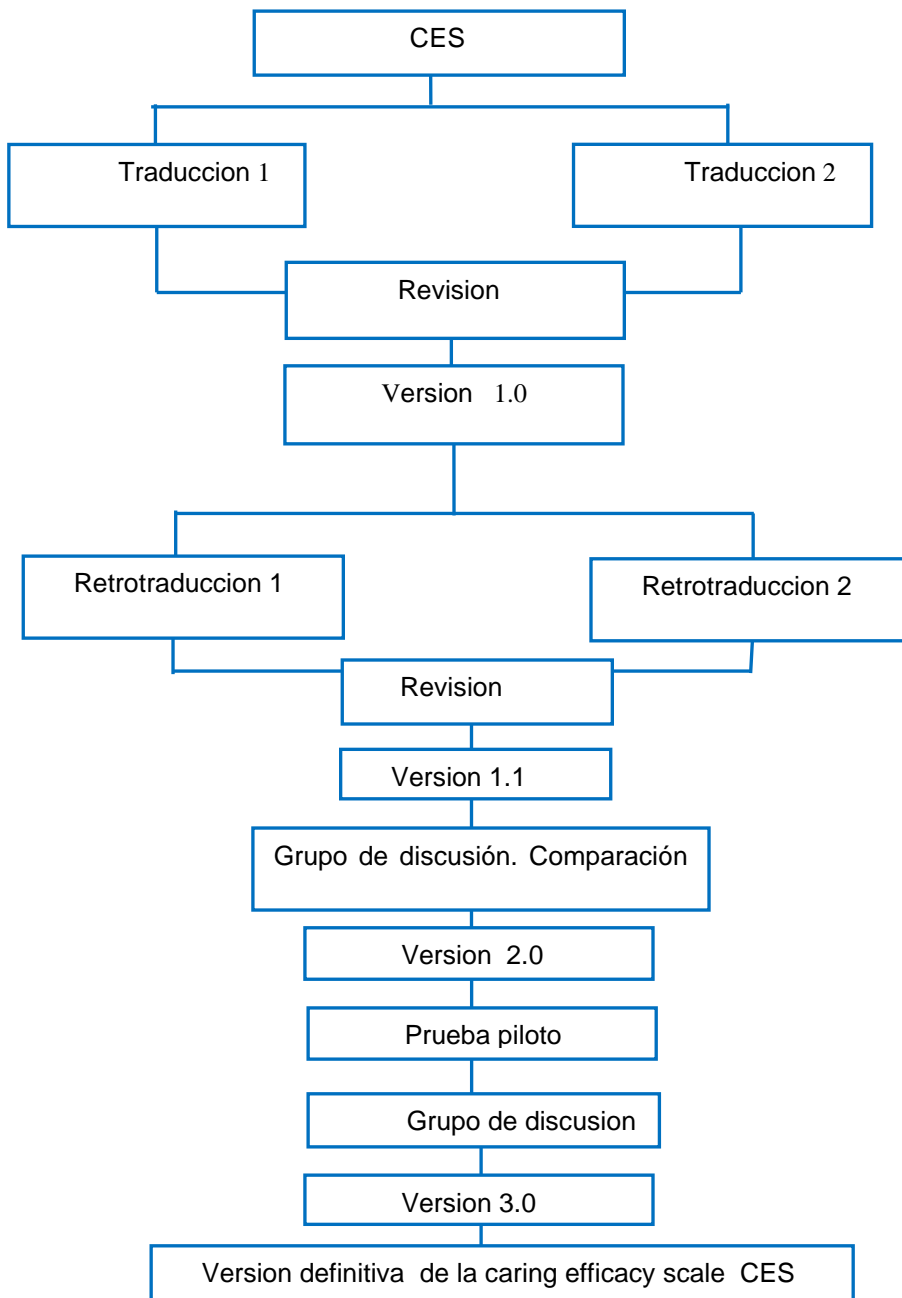


Figura 1 Proceso de adaptación cultural al italiano de la CES

Fuente: Elaboración propia

4.8.2. Fase II: proceso de validación de la escala y análisis estadístico

4.8.2.1. Análisis descriptivo de las variables socio demográficos

Descripción de la muestra del estudio primero se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables del estudio, calculando para todas las variables cualitativas el porcentaje y su frecuencia y para las variables cuantitativas la media y desviación estándar.

4.8.2.2. Análisis descriptivo de los ítems de la CES

Se calculó la puntuación media de la CES y su desviación estándar y para cada ítem de la escala se calculó los valores de porcentaje de respuesta mínima y máxima, media y desviación estándar.

4.8.2.3 Análisis de la fiabilidad interna o consistencia interna

La consistencia interna de un instrumento se refiere al nivel de correlación que hay entre los ítems de la escala(82). Se calculó con el índice de Alfa de Cronbach (α). Los valores del Alfa de Cronbach están comprendidos entre 0 y 1, aceptando que el valor ha de ser igual o superior a 0,7 para considerar que un instrumento tiene una buena consistencia interna. Una menor que 0,6 es “inaceptable” para cualquier instrumento. Por otro lado (105), también defienden que un α superior a 0.9 indican una redundancia o duplicación de los ítems. A más, para instrumentos formados por más de 20 ítems, es recomendable calcular este valor para las diferentes subescalas que forman la escala total. Así, para la CES se ha realizado un análisis de la consistencia

interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (α), tanto para la totalidad de la escala como para cada una de las dimensiones. También se ha calculado el coeficiente de homogeneidad de los ítems corregidos, estimando las correlaciones de cada uno de los ítems con la escala total y con cada una de sus dimensiones correspondientes y se ha aceptado como valor mínimo una correlación de 0,20 (106).

4.8.2.4. Análisis de la fiabilidad test-retest o estabilidad temporal

La fiabilidad se refiere a la estabilidad de la medida cuando la misma se repite en varias ocasiones (107)(108). La fiabilidad se ha evaluado comprobando la consistencia interna del instrumento y calculando la estabilidad temporal del instrumento.

La fiabilidad test-retest se calculó con el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Este índice sintetiza el grado de concordancia entre dos medidas cuantitativas. Los valores del CCI se hallan comprendidos entre 0 y 1, cuando el coeficiente está por debajo de 0.40 la concordancia es pobre, cuando está entre 0.40 y 0.59 la concordancia es regular, cuando está entre 0.60 y 0.74 la concordancia es buena y cuando está entre 0.75 y 1 la concordancia es excelente (105)(106).

Diversos autores evalúan también la fiabilidad test-retest utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (r), que mide el grado en que un

4. Metodología

conjunto de puntos en un diagrama de dispersión se aproxima a la situación, en la cual, todos están exactamente en una línea recta. Otros autores consideran que no es apropiada la utilización de esta medida porque (r) mide la fuerza de una relación entre dos variables, no el acuerdo, al no tener en cuenta la diferencia sistemática entre ellas(109)(110) , a pesar de ello, en esta investigación se calculó como información adicional al CCI.

4.8.2.5. Análisis de la validez

La validez de la subescala consiste en verificar si mide lo que tiene que medir (109) Para evaluar la validez de la CES, se ha verificado la validez estructural de constructo y la validez convergente externa o discriminante.

Validez de contenido: Tradicionalmente, la validez de contenido se garantizaba a través de la revisión bibliográfica del constructo, la opinión de expertos y la opinión de la población a la que estaba dirigida el instrumento. Un procedimiento recomendado actualmente en la bibliografía para garantizar la validez de contenido de un instrumento adaptado, concede importancia a la revisión por parte de la población para conocer si los ítems de esta versión adaptada son relevantes para ellos.

Siguiendo esta recomendación y como se explicó en el apartado de la prueba piloto, en esta investigación se decidió invitar a opinar sobre los ítems eran pertinentes y comprensibles para enfermeros(as) académicos(as)

como clínicos y si no lo eran que parte modificarían, previa revisión de enfermeros(as) expertos(as) en los campos académicos como clínicos.

· **Validez de constructo:** Necesitando que exista una estructura teórica que defina/delimita el concepto. Se ha intentado comprender si los resultados prácticos de la utilización del instrumento corresponden a las expectativas de la teoría de base del mismo instrumento (109)(108).

Garantizar la adecuación, la validez, la fiabilidad así como la sensibilidad a los cambios para poder considerar que la escala CES es un instrumento, bien adaptado, se sometió a la comprobación empírica de propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, tal y como se expone a continuación (111). La validez de constructo se ha evaluado realizando un análisis factorial confirmatorio una vez que se trata de un instrumento adaptado(96) (112).

“El AFC es una técnica basada en el análisis de estructuras de covarianzas, que tiene como objetivo determinar si un modelo de medida especificado por el investigador, basándose en hipótesis teóricas o en un análisis factorial exploratorio (AFE) previo, es consistente con la realidad. En el AFC se pone a prueba la hipótesis de que un determinado constructo está compuesto por un conjunto de dimensiones o factores latentes que lo definen. Los modelos de AFC permiten contrastar la validez ajustando un modelo que la asuma y diagnosticando su bondad de ajuste (validación de

4. Metodología

constructo). En este modelo, cada ítem satura únicamente sobre el factor-dimensión del que se supone que constituye un indicador válido”.

Validez convergente- discriminante: La validez convergente se establece para examinar la correlación entre una medida y otra que se cree estar relacionada. La validez discriminante está relacionada con la capacidad que una escala tiene para distinguir entre diferentes subgrupos.

En esta investigación se estudió la validez convergente discriminante a través del análisis de la correlación de la CES. Para eso se calculó el coeficiente de Pearson entre las diferentes dimensiones de la escala y también entre el resultado de cada dimensión y la escala total. Se ha partido de la hipótesis que la correlación entre cada dimensión y la escala total debe ser más fuerte que la correlación entre las diferentes dimensiones(113).

Estimación de los parámetros: La estimación de los parámetros de modelos se calculó con el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). “este método tiene las mismas propiedades que el método de máxima verosimilitud, aunque bajas consideraciones de normalidad multivariable menos rigurosas, utilizándose sobre todo para los ítems de nivel de medida ordinal” (108)(96).

Evaluación del ajuste del modelo: Evaluación del ajuste de modelo Según Bollen y Long (112). Existen diferentes medidas que permiten determinar la bondad de ajuste de un modelo. Tradicionalmente se utiliza la

prueba del chi- cuadrado como indicador de ajuste de modelo para así determinar la bondad de ajuste. Sin embargo este indicador es muy sensible al tamaño muestral, por lo que actualmente se recomienda la evaluación de otras tipologías de índice de ajuste global (110).

Kline, sugiere que como mínimo se deben informar los siguientes índices (114): El ajuste del modelo se estimó utilizando el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker Lewis (TLI), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y el residuo cuadrático medio estandarizado de raíz (115). Se alcanza un buen ajuste del modelo cuando el valor crítico para TLI y CFI es 0.90 o superior, y RMSEA y SRMR 0.08 o inferior (114). Además, el criterio de información de Akaike (AIC) (116). Se utilizó para comparar modelos. El modelo con el valor AIC más bajo es el que mejor se ajusta (117).

En esta investigación se calcularon las siguientes medidas:

- **Índices de ajuste absoluto:** Determinan el grado de exactitud en que un modelo hipotetizado predice, satisfactoriamente, a partir de los parámetros estimados, la matriz de correlaciones observadas (96)(118).

En este estudio se utilizó el índice el RMSEA (Root Mean Square Error of Aproximation). El RMSEA es considerado óptimo cuando presenta valor entre 0 y 0,05 y aceptable cuando los valores varían entre 0,05 y 0,08 (112).

4. Metodología

El TLI Tuckerlewisindex o NNFI (non-normedfitindex) su valores deben ser de 0 a 1 pero pueden existir valores fuera de este límite , se consideran valores de 0 .95 o mayor que indica un buen ajuste del modelo (119,120).

- **Índice de ajuste incremental:** Comparan el ajuste global del modelo analizado con uno de referencia, normalmente nulo, que no posee ninguna relación entre las variables.

Para la presente investigación se ha utilizado el índice AGFI (Adjusted Goodness-offitIndex), el índice BBNFI (Bentler Bonnet NormedFitIndex) y el BBNNFI (Bentler Bonnet Non NormedFitIndex). Los índices referidos oscilan entre 0 y 1 y se consideran como modelos adecuados los que tienen un índice próximo a 0,90 y un ajuste perfecto cuando su valor es 1 (114,120–125).

- **Índice de parsimonia:** Relacionan el ajuste de modelo con el número de coeficientes necesarios para conseguir el nivel de ajuste. En esta investigación se ha calculado la Chi-cuadrado normalizada, definida como el ratio entre el valor de Chi-cuadrado y el número de grados de libertad. Valores entre 2 y 6 son aceptables, considerándose un buen indicador si el valor oscila entre 1 y 3 (118,121), Akaike's Information Criterion (AIC) .

Es un método para evaluar y comparar modelos estadísticos. Proporciona una medida de la calidad de la estimación de un modelo estadístico teniendo en cuenta tanto la bondad de la adaptación como la complejidad del modelo.

- **Test de paralelos (parallel test):** Mide lo mismo, aunque con diferentes ítems, es decir, dos formas equivalentes del mismo test. En este sentido dos conjuntos de puntuaciones X y X' , se dice que son equivalentes o paralelas si ambas tienen la misma puntuación verdadera e consideran valores significativos cuando $1 (p < .05)$. (52) .

La validez convergente y discriminante se utilizará comparando la CES con la SOC Sense of Coherencescale (SOC) desarrollada por Antonovsky (126), y validada en italiano por Sardu (127), se utilizó para evaluar la orientación disposicional de las/los enfermeros(as) para enfrentar el estrés y seleccionar el estilo de afrontamiento más adecuado según la situación. Esta medida incluye 13 ítems con una escala Likert de 7 puntos. Para analizar los valores medios de las subescalas, los valores de escala de Likert se convirtieron de -3 a +3 en 1 a 6.

Resultados

5. Resultados

5.1. Resultados fase 1: Proceso de adaptación al castellano de la CES

En este apartado se presentan los resultados en relación a la fase 1, que corresponde a:

Objetivo específico: *Realizar una adaptación cultural de la Caring Efficacy Scale según la teoría del cuidado humano de Jean Watson.* Basándose en la teoría de Human Caring de Watson, llevamos a cabo la adaptación cultural de la Caring Efficacy Scale (CES) mediante el método de traducción y retro traducción.

En el momento de la traducción del inglés al italiano no se presentaron discrepancias desde el punto de vista semántico lingüístico, por el contrario, en la retro traducción realizada se evidenció errores de léxico como de sintaxis en la traducción italiana, por ejemplo, con el término “Caring” que en italiano es traducido como “cura”, en el momento de la retro traducción se interpretó como “Treatment”.

Traducción de expresiones más significativas

El término “caring” es de difícil traducción al italiano, sugiere entonces que podría ser traducido cada vez como “assistenza infermieristica”, “compiti di cura” “prendermi cura”, otra situación que produjo fluctuaciones en el momento de la traducción de la palabra “parzialmente” que al realizarse la

5. Resultados

retro traducción al inglés se traduce como “partly ” el inglés originario como fue escrita la escala es “slightly” por lo tanto sugiere la intérprete que el término más adecuado es “leggermente” para diferenciarlo mejor de “moderatamente”. Al momento de definir el cuestionario final con el comité de expertos, la pregunta número 7 se cambió el término “sfaccettature” por “molteplici aspetti” sugerencia dada por la enfermera que hizo parte de la creación de la versión final de la escala. Al igual que la pregunta número 13 se modificó el término “percepisco” por el término “ho la sensazione”; en la pregunta 19 se modificó la frase “di solito riesco a farmi piacere:

Por la rase “riesco a fare in modo di piacere”, al igual que el ítem 25 se modificó “significative relazioni” por “relazioni strette e significative”; en la pregunta 26 la palabra “complicato “fue reemplazada por “ho difficoltà”.

En relación al título final el comité de traducción y los expertos decidieron que el título debía permanecer en inglés, porque al hacer a una traducción literal al italiano, podría confundirse con una escala diversa a la original, además que en el contexto italiano los instrumentos de medición en el campo biomédico, tienden a ser fiel al título original .

La escala final fue enviada a una última revisión por tres enfermeras una con experiencia académica, profesora de enfermería en una universidad italiana con Master en investigación en enfermería , otra colega con master en ciencias de la enfermería y experiencia de coordinación en

cursos de formación al igual que en el área de oncología y la última colega con experiencia en urgencias y Master en ciencias de enfermería analizaron el documento final a método ciego; en el cual coincidieron que tiene validez, dicho concepto establece la capacidad del cuestionario de medir aquel constructo para el que ha sido diseñado.

Puede determinarse para todas o sólo para alguna de sus cuatro dimensiones: validez aparente o lógica, de contenido, de criterio y de constructo. Se ha decidido utilizar la validez aparente o lógica y de contenido: la cual refiere al grado en que un cuestionario, a juicio de los expertos y de los usuarios, mide de forma lógica lo que quiere medir. Cuando se carece de validez aparente o lógica, las personas a las que se les aplica a escala pueden no comprender la relación entre las preguntas que se les formulan y el objeto para el cual han accedido a contestar. Este hecho puede provocar confusión en los participantes, en el caso de la CES, no se presentó este tipo de inconveniente, de todas formas, esta dimensión de la validez fue evaluada en el momento de su diseño; validez de contenido: los constructos suelen estar compuestos por varias dimensiones.

5. Risultados

La validez de contenido es el grado en que la herramienta es capaz de medir la mayor parte de las dimensiones del constructo. Un cuestionario con un nivel alto de validez de contenido es aquel que establece todas las dimensiones relacionadas con el constructo que se quiere estudiar. Que en este caso se encuentra a cabalidad.

Caring Efficacy Scale	
Italian	english
1 Non mi sento fiducioso/a nella mia capacità di esprimere un senso di cura verso i miei pazienti/clienti	1 I do not feel confident in my ability to express a sense of caring to my clients/patients.
2 Se non mi sento ben relazionato/a con il mio paziente/cliente, provo ad analizzare cosa posso fare per entrare in contatto con lui	2 If I am not relating well to a client/patient, I will try to analyze what I can do to reach him/her.
3 Mi sento a mio agio a toccare i miei pazienti/clienti durante l'assistenza.	3 I feel comfortable in touching my clients' patients in the course of care giving.
4 Trasmetto un senso di forza personale ai miei pazienti/clienti	4 I convey a sense of personal strength to my clients/patients.
5 I pazienti/clienti possono dirmi qualsiasi cosa e non sarò scandalizzato/a.	5 Clients/patients can tell me almost anything and I won't be shocked.

<p>6 Ho la capacità di mostrare un senso di normalità in condizioni di stress.</p>	<p>6 I have an ability to introduce a sense of normalcy in stressful conditions.</p>
<p>7 È facile per me prendere in considerazione i molteplici aspetti della cura dei pazienti/clienti e, allo stesso tempo, ascoltarli</p>	<p>7 It is easy for me to consider the multi-facets of a client's/patients care, at the same time as I am listening to them.</p>
<p>8 Ho difficoltà a mettere da parte i miei pregiudizi e convinzioni personali al fine di ascoltare e accettare un paziente/cliente come persona</p>	<p>8 I have difficulty in suspending my personal beliefs and biases in order to hear and accept a client/patient as a person.</p>
<p>9 Posso entrare in una stanza con un portamento di energia e serenità che faccia sentire pazienti/clienti meglio</p>	<p>9 I can walk into a room with a presence of serenity and energy that makes clients/patients feel better.</p>
<p>10 Sono in grado di entrare in sintonia con un particolare paziente/cliente e dimenticare le mie preoccupazioni personali.</p>	<p>10 I am able to tune into a particular client/patient and forget my personal concerns.</p>
<p>11 Di solito riesco a creare un modo di relazionarmi con qualsiasi paziente/cliente</p>	<p>11 I can usually create some way to relate to most any client/patient.</p>

5. Resultados

12 Mi manca la fiducia nella mia capacità di parlare con i pazienti/clienti provenienti da ambienti diverso dal mio.	12 I lack confidence in my ability to talk to patients from backgrounds different to my own
13 Ho la sensazione che se parlo con i pazienti/ clienti su base individuale e personale, le cose potrebbero andare fuori controllo.	13 I feel if I talk to clients/patients on an individual, personal basis, things might get out of control.
14 Uso ciò che ho imparato nelle conversazioni con pazienti/clienti per fornire assistenza più personalizzata	14 I use what I learn in conversations with clients/patients to provide more individualized care.
15 Non mi sento abbastanza forte per ascoltare le paure e le preoccupazioni dei miei pazienti/clienti.	15 I don't feel strong enough to listen to the fears and concerns of my clients/patients.
16 Anche quando mi sento sicuro/a di me riguardo la maggior parte delle cose, mi pare ancora di non essere in grado di relazionarmi con i pazienti/clienti	16 Even when I'm feeling self-confident about most things, I still seem to be unable to relate to clients/patients.
17 Mi sembra di avere problemi nel relazionarmi a pazienti/clienti	17 I seem to have trouble relating to clients/patients.
18 Di solito stabilisco una stretta relazione con i miei pa-	18 I can usually establish a close relationship with my clients/patients.

zienti/clienti	
19 Di solito riesco a fare in modo di piacere ai pazienti/clienti	19 I can usually get patients/clients to like me.
20 Spesso è difficile trasmettere il mio punto di vista ai pazienti/clienti quando ne ho bisogno	20 I often find it hard to get my point of view across to patients/clients when I need to.
21 Quando, provo a risolvere un contrasto con un paziente/cliente, di solito peggioro la situazione	21 When trying to resolve a conflict with a patient I usually make it worse.
22 Se penso che un paziente/cliente sia a disagio o possa avere bisogno di aiuto, mi approccio a quella persona	22 I think a client/patient is uneasy or may need some help, I approach that person.
23 Se trovo difficile stabilire un rapporto con un paziente/cliente, smetto di cercare di lavorare con quella persona.	23 If I find it hard to relate to a client/patient, I'll stop trying to work with that person.
24 Spesso è difficile relazionarmi con pazienti/clienti con una cultura diversa dalla mia	24 I often find it hard to relate to client/patients from a different culture than mine.
25 Ho aiutato molti pazienti/clienti grazie alla mia capacità di sviluppare relazioni strette e significative	25 I have helped many clients/patients through my ability to develop close, meaningful relationships.
26 Spesso ho difficoltà ad	26 I often find it difficult to ex-

5. Resultados

esprimere empatia verso i pazienti/clienti	press empathy with clients/patients.
27 Mi capita spesso di essere sopraffatto/a dalla natura dei problemi che i pazienti/clienti stanno vivendo.	27 I often become overwhelmed by the nature of the problems clients/patients are experiencing.
28 Quando un paziente/cliente ha difficoltà a comunicare con me, io sono in grado di adattarmi al suo livello	28 When a client/patient is having difficulty communicating with me, I am able to adjust to his/her level.
29 Anche quando mi sforzo, non riesco a stabilire un contatto con pazienti/clienti difficili	29 Even when I really try, I can't get through to difficult clients/patients.
30 Non uso modi creativi o inusuali per esprimere il senso di cura ai miei pazienti/clienti	30 I don't use creative or unusual ways to express caring to my clients/patients.

Tabla 19 Versión final al italiano de la CES comparada con la versión original en inglés

Fuente: Elaboración propia

Su evaluación fue hecha a través de una prueba piloto para la valorización de los ítems del cuestionario con una muestra representativa de 15 enfermeros(as) de diferentes áreas de trabajo de la Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari Italia y nivel de formación académica, basado en el juicios de los encuestados los cuales no hicieron ninguna sugerencia de

corrección y la escala fue comprensible en su totalidad ; además de la opinión de la autora de la escala., y los análisis realizados por el comité de validación y traducción.

5.2. Resultados de la fase 2: Proceso de validación de la CES y análisis estadístico

En este apartado se muestran los resultados del estudio de la fase 2. Se comienza por describir la muestra del estudio y de los ítems de la escala, así como los resultados del análisis de fiabilidad y validez de la escala.

5.2.1. Descripción de la muestra de estudio

A continuación, se hace una descripción de la participación en el estudio, las principales características socio demográficas de las/los enfermeros(as) participantes.

5.2.1.1. Descripción de las variables socio demográficas

- En el periodo de recogida de datos, que fue en las primeras tres semanas de noviembre del 2017, se administraron un total de 300 cuestionarios. La tasa de respuesta registrada al final del análisis de valores faltantes fue de 71.67%. Así, la muestra total incluyó 215 enfermeras(os).
- Aproximadamente el 64.19% (n = 138 de 215) de la muestra fueron mujeres.
- La edad promedio fue de 44.3 años (rango = 22-63 años, SD = 9.92).

5. Resultados

- Aproximadamente el 70.23% (n = 151 de 215) de los encuestados trabajan como enfermeras(os) durante más de 10 años.
- El nivel educativo fue diplomatura en el 48.4% (n = 104 de 215).
- Casi la totalidad de la muestra (88.8%, n = 191 de 215) trabaja con un contrato indefinido, y el 64.7% (n = 139 de 215) trabajan en la secuencia de tres turnos.

La descripción detallada de las características socio demográficas se encuentra en la tabla 20.

5.2.2. Resultados del análisis descriptivo de los ítems de la CES:

En la tabla se muestran los resultados de los 30 ítems de la CES. Se ofrecen los valores de tendencia central, variabilidad, asimetría, curtosis y el porcentaje de respuesta mínima y máxima para cada uno de ellos.

Como se puede observar, los ítems 4, 7 y 10 son los que muestran un porcentaje de respuesta mínima de 0.5, 0.9 y 1.4 respectivamente en cambio el porcentaje más alto de respuesta máxima es de 53,5% seguido de 45.6,3% y 46.5% que corresponde a los ítems 3, 2 y 10 respectivamente.

		N	%
Edad media en años		44.3 (DE 9.92)	
Sexo	Hombre	77	35.81
	Mujer	138	64.19
Nivel de estudios	Diplomado	104	48.4
	Graduado	62	28.8
	Postgrado	49	22.8
Experiencia laboral	Menor 3 años	22	10.23
	De 3 a 9 años	42	19.53
	10 años y mas	151	70.23
Tipo de contratación	Contrato indefinido	191	88.8
	Contrato definido	5	2.3
	Cooperativas	19	8.8
Turnación	Solo mañanas o solo tardes	33	15.34
	Mañana y tarde	43	20
	Mañana tarde y noche	139	64.65

Tabla 20 Características sociodemográficas de la muestra

Fuente: Elaboración propia

Ítems Resumidos	Media	Mediana	Desviación Estándar	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
1 fiducia	2,43	2,00	1,706	,749	-,963	49.3	5.1
2 relazione	5,16	5,00	1,095	-1,935	4,256	2.3	45.6
3 toccare i miei pazienti	5,20	6,00	1,129	-1,805	3,420	2.3	53.5
4 senso di forza	5,13	5,00	,873	-1,159	2,397	0.5	38.6
5 scandalizzato/a.	4,92	5,00	1,333	-1,421	1,419	3.7	43.3
6 senso di normalità in condizioni di stress.	4,88	5,00	1,178	-1,443	1,863	1.9	31.6

7 i molteplici aspetti della cura dei pazienti/clienti e ascoltarli	5,05	5,00	,980	-1,507	3,122	0.9	34.4
8 Ho difficoltà a mettere da parte i miei pregiudizi	3,16	3,00	1,934	,200	-1,592	31.6	15.3
9 Posso entrare in una stanza con un portamento di energia e serenità	5,08	5,00	1,137	-1,592	2,693	2.3	45.1
10 Sono in grado di entrare in sintonía.	5,12	5,00	1,111	-1,553	2,409	1.4	46.5
11 Di solito riesco a creare un modo di relazionarmi con qualsiasi paziente/cliente	5,05	5,00	1,135	-1,603	2,816	2.3	41.9
12 Mi manca la fiducia	2,41	2,00	1,767	,947	-,650	47.4	8.8
13 Ho la sensazione che se parlo, le cose potrebbero andare fuori controllo.	2,52	2,00	1,611	,792	-,666	36.7	6

14	Uso ciò che ho imparato nelle conversazioni con pazienti/clienti	4,89	5,00	1,321	-1,451	1,574	4.2	39.5
15	Non mi sento abbastanza forte per ascoltare le paure e le preoccupazioni dei miei pazienti/clienti.	2,56	2,00	1,605	,671	-,863	37.2	4.7
16	mi pare ancora di non essere in grado di relazionarmi con i pazienti/clienti	2,42	2,00	1,610	,829	-,648	42.3	5.1
17	Mi sembra di avere problemi nel relazionarmi a pazienti/clienti	2,33	1,00	1,751	,964	-,579	53.5	8.4
18	Di solito stabilisco una stretta relazione con i miei pazienti/clienti	4,73	5,00	1,277	-1,227	1,096	3.3	29.8
19	Di solito riesco a fare in modo di	4,86	5,00	1,193	-1,619	2,840	4.2	30.2

piacere ai pazienti/clienti							
20 Spesso è difficile trasmettere il mio punto di vista ai pazienti/clienti quando ne ho bisogno	3,00	3,00	1,572	,189	-1,298	22.8	3.7
21 Quando, provo a risolvere un contrasto con un peggioro la situazione	2,29	2,00	1,621	1,073	-,178	47	6.5
22 Se penso che un paziente, mi approccio a quella persona	4,93	5,00	1,291	-1,661	2,497	5.1	38.6
23 smetto di cercare di lavorare con quella persona.	2,42	2,00	1,511	,982	-,051	35	6.1
24 Spesso è difficile relazionarmi con pazienti/clienti con una cultura	2,52	2,00	1,591	,763	-,683	36.3	5.6

25 aiuto grazie alla mia capacità di sviluppare relazioni strette e significative	4,36	5,00	1,404	-,861	,010	5.6	21.4
26 difficoltà ad esprimere empatia verso i pazienti/clienti	2,26	2,00	1,518	1,103	,043	43.3	4.7
27 di essere sopraffatto/a dalla natura dei problemi che i pazienti/clienti stanno vivendo.	2,69	2,00	1,534	,442	-1,009	31.6	3.7
28 ha difficoltà a comunicare con me, io sono in grado di adattarmi al suo livello	4,35	5,00	1,521	-,896	-,209	7.9	.5
29 Anche quando mi sforzo, non riesco a stabilire un contatto con pazienti/clienti difficili	2,26	2,00	1,502	1,109	,101	42.8	4.7

30 Non uso modi creativi o inusuali per esprimere il senso di cura ai miei pazienti/clienti	2,92	3,00	1,674	,416	-1,125	27	8.8
---	------	------	-------	------	--------	----	-----

Tabla 21 Estadísticos descriptivos de los ítems de la CES

Fuente: Elaboración propia.

5.2.3. Resultados del análisis de la fiabilidad.

5.2.3.1. Resultados del análisis de la consistencia interna.

El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para toda la escala fue 0,77 y para cada dimensión se obtuvieron valores superiores a 0,70. También, se calcularon los valores de alfa excluyendo cada ítem o pregunta de la escala, no observándose que la exclusión de alguna pregunta mejorase la consistencia interna de la escala total del cuestionario de forma relevante, como se puede observar en la tabla 22.

5. Resultados

Contenidos de los Ítems resumidos	Total de la subescala	Total de la subescala sin ítem	Total de la escala sin ítem
Factor 1 confianza en el cuidado	.826		
Item2		.82	.77
Ítem 3		.81	.77
Ítem 4		.81	.76
Ítem 5		.81	.76
Ítem 6		.82	.77
Ítem 7		.81	.76
Ítem 9		.81	.76
Ítem 10		.81	.76
Ítem 11		.80	.76
Ítem 14		.81	.77
Ítem 18		.81	.76
Ítem 19		.80	.76
Ítem 22		.81	.77
Ítem 25		.82	.77
Ítem 28		.81	.77
Contenidos de los Ítems resumidos	Total de la subescala	Total de la subescala sin ítem	Total de la escala sin ítem
Factor 2 dudas	.87		

Ítem 1		.86	.75
Ítem 8		.87	.76
Ítem 12		.86	.75
Ítem 13		.86	.75
Ítem 15		.85	.75
Ítem 16		.85	.75
Ítem 17		.85	.75
Ítem 20		.86	.75
Ítem 21		.86	.75
Ítem 23		.85	.75
Ítem 24		.86	.75
Ítem 26		.85	.75
Ítem 27		.87	.76
Ítem 29		.85	.75
Ítem 30		.86	.76
Total	.77		

Tabla 22 Coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de la CES

Fuente: Elaboración propia

5. Resultados

El coeficiente de homogeneidad de los ítems para cada dimensión o sub-escala se presenta en la tabla 23

Contenidos de los Ítems resumidos	Correlación ítem-total subescala corregida	Correlación ítem- total escala corregida
Factor 1. confianza en el cuidado		
Item2	.25	.11
Ítem 3	.43	.12
Ítem 4	.49	.29
Ítem 5	.29	.20
Ítem 6	.35	.12
Ítem 7	.54	.16
Ítem 9	.51	.15
Ítem 10	.54	.23
Ítem 11	.56	.20
Ítem 14	.53	.13
Ítem 18	.44	.18
Ítem 19	.56	.17
Ítem 22	.43	.02
Ítem 25	.35	.005
Ítem 28	.46	.14

Tabla 23: Correlación ítem-total de la CES

Fuente: Elaboración propia

Contenidos de los Ítems resumidos	Correlación ítem-total subescala corregida	Correlación ítem-total escala corregida
Factor 2 dudas		
Ítem 1	.47	.41
Ítem 8	.31	.30
Ítem 12	.52	.47
Ítem 13	.50	.38
Ítem 15	.68	.61
Ítem 16	.63	.67
Ítem 17	.61	.45
Ítem 20	.51	.38
Ítem 21	.52	.37
Ítem 23	.58	.39
Ítem 24	.48	.36
Ítem 26	.61	.41
Ítem 27	.34	.25
Ítem 29	.62	.44
Ítem 30	.38	.30

Tabla 23: Correlación ítem-total de la CES

Fuente: Elaboración Propia

5.2.3.2. Resultados del análisis test-retest o estabilidad temporal

De los/las 300 enfermeras(os) que respondieron el cuestionario sólo 215 lo respondieron nuevamente. Los motivos principales para no seguir participando en el estudio fueron personales, sea por vacaciones o incapacidad. El coeficiente de correlación de Pearson entre los dos cuestionarios fue 0,727 ($p < 0,0001$).

Posteriormente, se calculó el coeficiente de correlación interclase (CCI) del cuestionario total y para cada una de las dimensiones. El CCI fue de 0,77 (0,720- 0,81) para toda la escala y para todas las dimensiones de la escala también, fue superior a 0,7.

CES	CCI	IC 95%
Factor 1.confianza en el cuidado	0.82	0.79-0.85
Factor 2 dudas	0.87	0.84-0.89
TOTAL	0.77	0,720- 0,81

Tabla 24 Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) de la CES

Fuente: Elaboración propia

5.2.4.1. Resultados del análisis de la validez-resultados del análisis de la validez convergente.

Como se describe en esta tesis, se desarrolló sobre la teoría de la autoeficacia, que se refiere a las creencias en las capacidades propias para organizar recursos y ejecutar cursos de acción para cumplir demandas situacionales.

En enfermería, este sentido de control puede influir en la capacidad de un individuo para construir relaciones afectuosas con los pacientes. Un estudio reciente en el campo ha encontrado que la autoeficacia se correlaciona positivamente con el sentido individual de coherencia. El sentido de coherencia (SOC) es una fuente importante de autoeficacia y protección para la salud humana (126,127). El SOC incluye tres componentes: comprensibilidad, manejabilidad y significado. La literatura indica que SOC es una orientación global que transmite un sentimiento de confianza sobre la capacidad de un individuo para usar estrategias cognitivas, emocionales e instrumentales para hacer frente a las dificultades diarias.

Las personas con altos niveles de sentido de coherencia afrontan mejor las situaciones y entornos difíciles. Los estudios en el contexto de la enfermería mostraron que el sentido de coherencia de las/los enfermeros(as) tenía una correlación positiva con el funcionamiento profesional. Estos hallazgos denotan que el SOC puede considerarse como la medida de autoeficacia de

5. Resultados

un individuo. Siguiendo estas premisas, es probable que el sentido de coherencia se asocie con la eficacia del cuidado en las/los enfermeros(as).

Demostrado además en esta investigación; el análisis de correlación para la validez convergente y discriminante mostró que el SOC de las/los enfermeros(as) se correlacionó positivamente con la confianza en el cuidado de la CES ($r = .163$, $p < .05$) y no hubo pruebas de una correlación significativa con dudas y preocupaciones ($r = -.115$, $p > .05$).

5.2.4.2 Validez de constructo: Análisis Factorial

En línea con Reid (74), el test de paralelos indicó la presencia de dos factores cuyos valores propios fueron significativamente mayores que 1 ($p < .05$). El análisis de los elementos se realizó para evaluar los elementos que proporcionaron la mejor representación de las dos dimensiones de la CES.

Conservamos los elementos que se cargaron en su propio constructo de referencia con carga factorial igual o superior a 0.40. Después del análisis de contenido, se mantuvieron siete ítems para la subdimensión Confianza en el Cuidado. Se guardaron diez ítems para la sub-dimensión llamada dudas y preocupaciones acerca de la capacidad de las/los enfermeros(as) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes.

Los ítems 8, 17, 21, 24 y 27 de las dudas e inquietudes y los ítems 2, 9, 14, 18, 19, 22, 25 y 28 de la confianza al cuidar se eliminaron debido a que

sus cargas factoriales eran menores que .40 o cargadas al mismo tiempo en diferentes factores.

Todos los 17 elementos finales cargados en sus respectivos factores con carga factorial variaron de .40 a .77. Los factores comunes iban desde .23 hasta .58. La estructura de dos factores reflejó las dos dimensiones medias de la CES con una medida más corta (consulte la Tabla 25 para ver todos los ítems y las cargas de factores).

5. Resultados

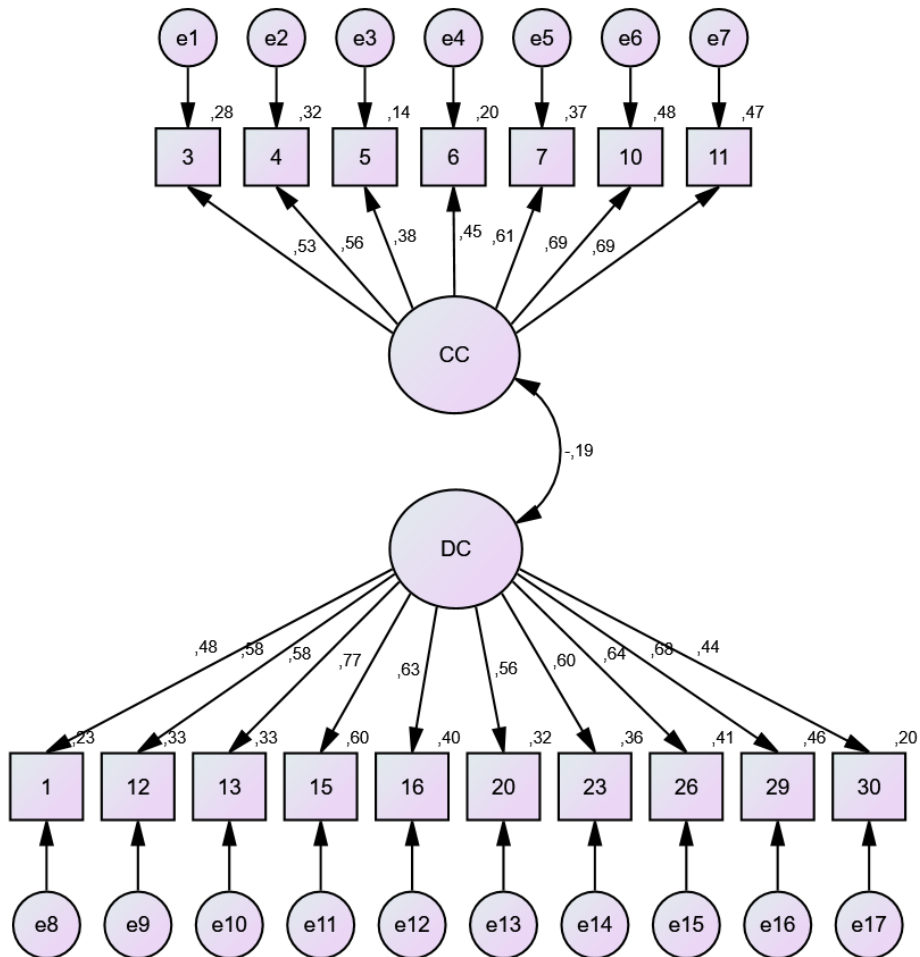


Figura 2 Parámetros estandarizados del modelo

Fuente: Elaboración propia

Los dos factores explicaron el 35% de la varianza. La correlación entre factores indicó correlaciones moderadas ($r = -0,19$) entre los dos factores.

Ítem		Factor	Factor
		Dudas e inquietudes	Confianza en el cuidado
15	Non mi sento abbastanza forte per ascoltare le paure e le preoccupazioni dei miei pazienti	.774	.182
29	Anche quando mi sforzo, non riesco a stabilire un contatto con pazienti difficili	.682	.199
26	Spesso ho difficoltà ad esprimere empatia verso i pazienti	.627	.043
16	Anche quando mi sento sicuro/a di me riguardo la maggior parte delle cose, mi pare ancora di non essere in grado di relazionarmi con i pazienti	.623	.101
23	Se trovo difficile stabilire un rapporto con un paziente, smetto di cercare di lavorare con quella persona	.595	.093
13	. Ho la sensazione che se parlo con i pazienti a livello individuale e personale, le cose potrebbero andare fuori controllo	.583	.090
12	Mi manca la fiducia nella mia capacità di parlare con i pazienti provenienti da paesi diversi dal mio.	.570	.106
20	spesso è difficile trasmettere il mio punto di vista ai pazienti quando ne ho	.561	.193

5. Resultados

	bisogno		
1	Non mi sento fiducioso/a nella mia capacità di esprimere un senso di cura verso i miei pazienti	.490	.215
30	Non uso modi creativi o inusuali per esprimere il senso di cura ai miei pazienti	.442	.085
11	Di solito riesco a creare un modo di relazionarmi con qualsiasi paziente	-.266	.682
10	Sono in grado di entrare in sintonia con un particolare paziente e dimenticare le mie preoccupazioni personali.	-.287	.682
7	É facile per me prendere in considerazione i molteplici aspetti della cura dei pazienti e, allo stesso tempo, ascoltarli	-.153	.595
4	Trasmetto un senso di forza personale ai miei pazienti	-.276	.581
3	Mi sento a mio agio a toccare i miei pazienti durante l'assistenza.	-.259	.527
6	Ho la capacità di mostrare un senso di normalità in condizioni di stress.	-.214	.440
5	I pazienti possono dirmi qualsiasi cosa e non sarò scandalizzato/a	-.061	.396
	Cronbach's Alpha	(.75)	

* $p < .05$

Tabla 25 Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij}).

Fuente : Elaboración propia.

Validez convergente-discriminante

Luego, las dos dimensiones de la versión en recortada de 17 ítems se sometieron a CFA. El ajuste de este modelo fue bueno (tabla26). La estructura de dos factores de 17 elementos se comparó con dos modelos alternativos.

Modelo	χ^2	<i>df</i>	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% CI	AIC
Modelo de dos factores de 17 ítems	187.9	116	.925	.912	.054	.039,.068	261.93
Modelo alternative (i)	783.2	401	.797	.779	.067	.060,.074	911.24
Modelo alternative (ii)	407.8	117	.698	.649	.108	.097,.120	479.84

$p < .05$.

Tabla 26 Ajuste estadístico de los modelos hipotéticos y alternativos para los países mediterráneos.

Fuente: Elaboración propia

El primero incluyó (i) un modelo de dos factores con todos los 30 ítems (es decir, 15 ítems para dudas y preocupaciones y 15 ítems para las dimensiones de confianza al cuidado) de la escala original.

5. Resultados

El segundo incluía (ii) una estructura de un factor en la que todos los 17 elementos de la versión corta se cargan en un factor común.

Los resultados mostraron que tanto el modelo (i) como el modelo (ii) ajustaron los datos significativamente peor que el modelo de dos factores con 17 elementos: $\chi^2 (\text{df} = 285) = 595.3, p < .001$; $\chi^2 (\text{df} = 1) = 219.9, p < .001$, respectivamente (ver Tabla 27 para los índices de ajuste).

Por lo tanto, la estructura de dos factores con 17 elementos fue compatible.

El valor alfa de Cronbach fue de 0,84 para la confianza en el cuidado y de 0,75 para las dudas y preocupaciones.

El total de Alpha de Cronbach para la escala fue de 0.75. Estos valores están en línea con los obtenidos por Reid (74), y sugieren una buena confiabilidad para toda la escala de 17 ítems y sus subdimensiones.

El valor medio informado por las/los enfermeros(as) fue de 2.51 (SD = 1.03) para las dudas y preocupaciones, y de 5.05 (SD = .70) para la confianza en la atención.

Índice	Valor
BBNNFI	.912
CFI	.925
GFI	.910
RMR	.06
RMSEA	0.054
a Cronbach	0.75
Prueba de Bondad de Ajuste	$X^2 = 187.9, gl = 116, p = .000$
Razón de ajuste	$X^2/gl = 1,62$

Tabla 27 Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio.

Fuente: Elaboración propia

BBNNFI: Bentler Bonnet Non Normed Fit Index. CFI: Comparative Fit Index. GFI: Goodness of Fit Index. RMR: Root Mean-Square Residual. RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation.

Discusión de resultados

6. Discusión de resultados

La presente investigación ha permitido obtener la adaptación transcultural al italiano de la CES siguiendo las directrices del International Test Commission y la literatura científica internacional (93,94,100,128). y la Teoría del Cuidado Humano de Watson (5), en una muestra de enfermeras(os) italianas(os).

La importancia de analizar las propiedades psicométricas de la escala se debe a que las buenas relaciones de cuidado pueden mejorar la satisfacción del paciente (16). y el bienestar de los trabajadores (18).

Además, no existe un instrumento en el idioma italiano que evalúe la autoeficacia de las/los enfermeros(as) para transmitir una orientación de cuidado que permita desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes. En línea con Reid et al (74), los resultados muestran una estructura de dos factores que representa la confianza de las/los enfermeros(as) en la atención, las dudas y preocupaciones sobre su capacidad para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes.

Sin embargo, los aspectos culturales podrían haber influido en la comprensibilidad de algunos ítems. Después de un análisis de contenido, se conservaron siete de quince ítems para la subdimensión de confianza para cuidar, y 10 de quince para dudas y preocupaciones. Los elementos

6. Discusión de resultados

eliminados (es decir, 8, 17, 21, 24 y 27 ver tabla 19) para dudas y preocupaciones se refieren a diferentes problemas de relación con los pacientes debido a prejuicios personales, conflictos y cultura diferente de los pacientes. El ítem 8 era demasiado largo y difícil de interpretar (*ho difficoltà a mettere da parte i miei pregiudizi e convinzioni personali al fine di ascoltare e accettare un paziente come persona*). Los ítems 17 (*mi sembra di avere problemi nel relazionarmi ai pazienti*) y 27 (*mi capita spesso di essere sopraffatto/a dalla natura dei problemi che i pazienti stanno vivendo*) eran demasiado generales; falta de circunstancias / problemas específicos para ser mejor interpretados.

El ítem 21 (*quando, provo a risolvere un contrasto con un paziente, di solito peggioro la situazione*) era ambiguo porque implicaba que frente a un conflicto, las/los enfermeros(as) hacían algo para resolverlo. Finalmente, el ítem 24 (*spesso è difficile relazionarmi con pazienti con una cultura diversa dalla mia*) se refiere a problemas de relación con pacientes de diferentes culturas. Es probable que las/los enfermeros(as) no hayan experimentado problemas similares porque la tasa de porcentaje de pacientes extranjeros en el hospital del estudio es inferior al 3%.

Con respecto a la subdivisión de confianza para la atención, los ítems 1 (*se non mi sento ben relionato/a con il mio paziente, provo ad analizzare cosa posso fare per entrare in contatto con lui*), 9 (*posso entrare in una*

stanza portando energia e serenità che faccia sentire pazienti meglio) 22 (*penso che un paziente sia a disagio o possa avere bisogno di aiuto, mi approccio a quella persona*) y 25 (*ho aiutato molti pazienti grazie alla mia capacità di sviluppare relazioni strette e significative*). Fueron eliminados porque proporcionaron una descripción de la experiencia de la/el enfermero(a) en el cuidado que no podía ser representativa de todas las situaciones de trabajo; en algunas unidades hospitalarias, las/los enfermeros(as) tienen un tiempo limitado para interactuar con el paciente debido a una breve hospitalización o circunstancias como los instrumentadores quirúrgicos, enfermeras(os) para toma de muestras, radiología y neonatología.

Los items 18 (*di solito stabilisco una stretta relazione con i miei pazienti*) y 19 (*di solito riesco a fare in modo di piacere ai pazienti*), también se eliminaron porque eran redundantes. Finalmente, los items 14 (*uso ciò che ho imparato nelle conversazioni con pazienti per fornire assistenza più personalizzata*) y 28 (*quando un paziente ha difficoltà a comunicare con me, io sono in grado di adattarmi al suo livello*). Se referían a los aspectos de comunicación con los pacientes, pero eran demasiado vagos y se eliminaron del análisis.

6. Discusión de resultados

Las/los enfermeros(as) a lo que se refiere tienen pocas dudas e inquietudes sobre la orientación de la atención y la relación con los pacientes, reportaron un alto valor promedio para la confianza en la atención, este hallazgo indica que las dos subescalas están en línea con la conceptualización teórica del constructor y respaldan los resultados de Reid (74).

La versión abreviada de 17 ítems proporciona una mejor representación de la CES para el contexto de enfermería italiano. Además, la ventaja de una versión reducida es la posibilidad de estudiar todo el constructo sin hacer un cuestionario demasiado largo (129), lo que reduce el tiempo necesario para completarlo y las posibles tasas de no respuesta para los participantes.

En general, los 17 ítems de la CES constituyen una medida robusta de la orientación de cuidado que muestra un valor Alfa de Cronbach de 0,84 para la confianza en el cuidado y de 0,75 para las dudas y preocupaciones, el total de Alpha de Cronbach para la escala fue de 0.75.

Estos valores están en línea con los obtenidos por Reid (74), y sugieren una buena confiabilidad para toda la escala de 17 ítems y sus subdimensiones(130). Posteriormente, se calculó el coeficiente de correlación intraclase (CCI) del cuestionario total y para cada una de las dimensiones. El CCI fue de 0,77 (0,720- 0,81) para toda la escala y para todas las dimensiones de la escala también, fue superior a 0,70.

El coeficiente de correlación intraclase global fue de 0,77, y superior a 0,70 en las dos subescalas, lo que muestra una buena estabilidad temporal. El principal inconveniente de la evaluación test-retest es la elección del intervalo de tiempo adecuado entre las dos evaluaciones: si es demasiado prolongado puede haber cambios en las variables que se pretenden medir, pero si es muy breve los enfermeros pueden recordar las respuestas del primer cuestionario.

Se recomienda realizarlo entre 2 y 15 días más tarde(131). En este estudio se realizó a los 15 días, por lo que se considera que no pueden haber influido las respuestas del primer test. En relación a la validez de constructo como indica Reid(74), el test de paralelos indicó la presencia de dos factores cuyos valores propios fueron significativamente mayores que 1 ($p < .05$). El análisis de los elementos se realizó para evaluar los elementos que proporcionaron la mejor representación de las dos dimensiones de la CES.

Conservamos los elementos que se cargaron en su propia constructo de referencia con carga factorial igual o superior a 0 .40. Después del análisis de contenido, se mantuvieron siete ítems para la subdimensión Confianza en el Cuidado.

Se guardaron diez ítems para la subdimensión llamada dudas y preocupaciones acerca de la capacidad de las/los enfermeros(as) para

6. Discusión de resultados

desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes. Los ítems 8, 17, 21, 24 y 27 de las dudas e inquietudes y los ítems 2, 9, 14, 18, 19, 22, 25 y 28 de la confianza al cuidar se eliminaron debido a que sus cargas factoriales eran menores que .40 o cargadas al mismo tiempo en diferentes factores.

En cuanto a los ítems, el análisis factorial muestra que todos los ítems presentaron una adecuada carga factorial. Los índices de ajuste analizados del modelo, tanto los índices de ajuste absoluto: GFI, RMSEA, como los índices de ajuste incremental: el BBNNFI, CFI y los índices de parsimonia como Chi-cuadrado normalizada, presentan todos ellos un buen ajuste, por lo que se puede concluir que el modelo se ajusta.

También se encontró que la escala de eficacia del cuidado se correlacionaba con una medida de autoeficacia como el SOC, en la dirección esperada. Específicamente, la subdivisión SOC y confianza al cuidado se correlacionaron positivamente. Esto significaría que la habilidad de una enfermera(o) para usar estrategias cognitivas, emocionales e instrumentales para hacer frente a las dificultades profesionales (132)

Aumenta la probabilidad de transmitir orientación de cuidado y reforzar una relación terapéutica con los pacientes (42). Esto está en línea con estudios previos en enfermería que muestran que el SOC de las/los enfermeros(as) tuvo una correlación positiva con el funcionamiento profesional(133,134).

Finalmente, este hallazgo respalda los supuestos teóricos y empíricos(135,136). en los que se sugiere que el SOC es una fuente importante de afrontamiento para las/los enfermeros(as) que tienen que enfrentar situaciones difíciles con los pacientes.

SOC y subescalas de dudas e inquietudes no se relacionaron significativamente. Aunque se esperaba una correlación inversa, en general, los resultados respaldan la validez convergente y discriminante del instrumento como se describe a continuación: SOC de las/los enfermeros(as) se correlacionó positivamente con la confianza en el cuidado de la CES ($r = .163, p < .05$) y no hubo pruebas de una correlación significativa con dudas y preocupaciones ($r = -.115, p > .05$).

Comparando los resultados con otros estudios realizados en otros contextos culturales se pudo identificar que la validación al contexto australiano los valores de Alpha de Cronbach fueron similares a la validación italiana, para la subescalas, los coeficientes alfa de Cronbach fueron 0,86 para el Factor 1, Confianza en el cuidado y 0,78 para el Factor 2, dudas y preocupaciones, además en esta versión fueron eliminadas dos ítems quedando la versión final con 28 preguntas (74).

6. Discusión de resultados

Caso parecido con la versión en castellano de América latina de la CES en la cual el Alpha de Cronbach fue de 0.76 , pero en este último caso no se obviaron ítems (67).

Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

7. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

El estudio tiene algunas limitaciones que abordar:

En primer lugar, la muestra de este estudio se limita a un hospital de la Italia meridional, lo que plantea preguntas sobre la posibilidad de generalizar los resultados a todo el contexto italiano.

En segundo lugar, la muestra del estudio es bastante pequeña si se compara con el número de elementos. Sin embargo, se sigue la recomendación de Hatcher, Normany Streiner (90,91) que sugiere una proporción de tema por tema de al menos 5: 1 para definir un muestreo adecuado en el análisis factorial.

En tercer lugar, la recopilación de datos provino de una fuente, es decir, las/los enfermeros(as) con un único cuestionario auto administrado, esto podría llevar a un sesgo de método común.

Finalmente, otro problema evidente en esta investigación es el uso de un solo constructo positivo (SOC) relacionado con las subdimensiones de la eficacia de la atención, que se considera una variable antecedente. Esto limita la posibilidad de probar correlaciones significativas de las subescalas de eficacia de cuidado con construcciones negativas también, y con variables tanto de antecedentes como de consecuencias.

7. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

Según las limitaciones, los estudios futuros deberían ampliar estos resultados al incluir más hospitales de la región o de otras regiones de Italia para validar aún más la estructura actual de la escala.

Además, la validez de la escala debe probarse comparando diferentes grupos de enfermeras(os) que trabajan en diferentes entornos o servicios.

Las investigaciones futuras deberían analizar la estabilidad de la escala a través de datos longitudinales o de otras fuentes, como los coordinadores de enfermería, y comparar estos resultados con datos de medidas bien validadas ya existentes (74).

Las acciones de investigación futuras podrían tratar de verificar la asociación de la escala CES con resultados negativos, como el estrés que comúnmente se encuentra en los entornos de enfermería (73), pero también la rotación y el ausentismo.

Se podrían investigar los efectos de las subescalas con aspectos organizativos (es decir, retraso en el alta), la satisfacción de los pacientes y / o la calidad de la atención. El examen con estas variables adicionales aumentaría aún más la confianza en la validez predictiva de la escala.

La realización de un estudio de tipo cualitativo ayudaría interpretar aún mejor los resultados obtenidos en la dificultad en brindar cuidados y la eficacia de las/los enfermeros(as), lógicamente este tipo de estudio se debe hacer de forma gradual por servicios o especialidades.

Conclusiones

8. Conclusiones

8.1 Conclusiones (Español)

<p>Objetivo específico 1</p> <p>Realizar la adaptación cultural de la Caring Efficacy Scale CES según la teoría del cuidado humano de Jean Watson al italiano.</p>	<p>La traducción, adaptación cultural y validación es un proceso complejo que consume tiempo y dedicación pero si es planeado y realizado con un método científico riguroso se crea un instrumento valioso equiparado a la versión original en caso de cometer algún error u obviar un paso podría conllevar a consecuencias en la medición del objeto en estudio.</p> <p>La CES traducida, adaptada culturalmente y validada se transforma en un instrumento útil que ayudará en el contexto de las/los enfermeros(as) italo parlantes a medir la eficacia de ellas y proveer cuidados a las personas identificando fortalezas y debilidades para poder mejorar el cuidado.</p> <p>Puede ser un instrumento de gran ayuda para medir la eficacia del cuidado de las futuras enfermeras/os en la formación universitaria y tomar medidas que puedan mejorar este aspecto como se ha visto en estudios realizados con estudiantes.</p> <p>La teoría del cuidado humano de Jean Watson utilizada como marco de referencia para el análisis e implementación del cuidado</p>
--	---

	humano, a través de instrumentos de medición nos aporta información desde la práctica para interpretarla en un marco teórico referencial
<p>Objetivo específico 2</p> <p>Analizar la validez de la versión italiana de la CES según la teoría del cuidado humano de Jean Watson en relación al constructo y la validez convergente – discriminante.</p>	<p>Se ha analizado la validez de constructo y validez convergente-discriminante de la versión Italiana de la Caring Efficacy Scale (CES) y se ha obtenido una escala de dos dimensiones y 17 ítems, que difiere de la escala original.</p>
<p>Objetivo específico 3</p> <p>Analizar la fiabilidad de la versión italiana de la CES según la teoría del cuidado humano de Jean Watson en términos de consistencia interna y la estabilidad temporal.</p>	<p>Se ha analizado la fiabilidad de la versión Italiana de la Caring Efficacy Scale (CES), en relación a la consistencia interna. Se han confirmado las hipótesis planteadas inicialmente una vez que el instrumento presenta una consistencia interna similar, a la escala original.</p>

8. Conclusiones

Objetivo específico 4 Describir las características sociodemográficas de los participantes del estudio.	Se han descrito las variables socio demográficas de los participantes de este estudio, en el cual tendencialmente son enfermeras mujeres, con una edad media de 44 años, con una formación académica de diplomatura, contratación estable y con al menos 10 años de experiencia.
--	--

Tabla 28 Conclusiones

Fuente: Elaboración propia.

8.2 Conclusioni

<p>Obiettivo specifico 1</p> <p>Effettuare l'adattamento culturale della scala di efficacia assistenziale CES secondo la teoria di Jean Watson sulla cura umana in italiano.</p>	<p>La traduzione, l'adattamento e la convalida culturali sono un processo complesso che richiede tempo e dedizione, ma se è pianificato e realizzato con un rigoroso metodo scientifico, viene creato uno strumento prezioso equivalente alla versione originale in caso di errori o mancanza di un passaggio potrebbe portare a conseguenze nella misurazione dell'oggetto in studio.</p> <p>Il CES tradotto, adattato culturalmente e validato diventa uno strumento utile che aiuterà nel contesto delle infermiere parlanti a misurare la loro efficacia e fornire assistenza alle persone che identificano i punti di forza e di debolezza per migliorare l'assistenza.</p> <p>Può essere un ottimo strumento di aiuto per misurare l'efficacia dell'assistenza dei futuri infermieri nell'istruzione universitaria e adottare misure che possano migliorare questo aspetto come visto negli studi condotti con gli studenti.</p>
--	--

8. Conclusiones

	<p>La teoria della cura umana di Jean Watson usata come quadro di riferimento per l'analisi e l'implementazione della cura umana, attraverso strumenti di misurazione ci fornisce informazioni dalla pratica per interpretarla in un quadro teorico.</p>
<p>Obiettivo specifico 2</p> <p>Analizzare la validità della versione italiana della CES secondo la teoria della cura umana di Jean Watson in relazione al costrutto e alla validità convergente-discriminante.</p>	<p>La validità costruttiva e la validità discriminante convergente della versione italiana della Caring Efficacy Scale (CES) sono state analizzate ed è stata ottenuta una scala bidimensionale con 17 articoli, che differisce dalla scala originale.</p>
<p>Obiettivo specifico 3</p> <p>Analizzare l'affidabilità della versione italiana della CES secondo la teoria della cura</p>	<p>È stata analizzata l'affidabilità della versione italiana della Caring Efficacy Scale (CES), in relazione alla coerenza interna. Le ipotesi sollevate inizialmente sono state confermate quando lo strumento presenta una consistenza interna simile, alla scala originale.</p>

umana di Jean Watson in termini di coerenza interna e stabilità temporale.	
Obiettivo specifico 4 Descrivere le caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti allo studio.	Sono state descritte le variabili sociodemografiche dei partecipanti a questo studio, in cui di solito sono infermiere di sesso femminile, con un'età media di 44 anni, con una formazione accademica di diploma, assunzioni stabili e con almeno 10 anni di esperienza.

Tabla 29 Conclusioni

Fuente: Construcción del autor

8.3 Conclusions (English)

<p>Specific aim 1</p> <p>Carry out the cultural adaptation of the Caring Efficacy Scale CES according to Jean Watson's theory of human care in Italian.</p>	<p>Translation, cultural adaptation and validation is a complex process that consumes time and dedication but if it is planned and carried out with a rigorous scientific method, a valuable instrument is created equivalent to the original version in case of making any mistake or missing a step could lead to consequences in measuring the object under study.</p> <p>The CES translated, culturally adapted and validated becomes a useful instrument that will help in the context of talking nurses to measure their effectiveness and provide care for people identifying strengths and weaknesses to improve care.</p> <p>It can be an instrument of great help to measure the effectiveness of the care of future nurses in university education and take measures that can improve this aspect as seen in studies conducted with students.</p> <p>The theory of human care of Jean Watson used as a</p>
---	---

	<p>frame of reference for the analysis and implementation of human care, through measuring instruments provides us with information from practice to interpret it in a theoretical framework.</p>
<p>Specific aim 2</p> <p>Analyze the validity of the Italian version of the ETUC according to the theory of human care of Jean Watson in relation to the construct and convergent-discriminant validity.</p>	<p>The construct validity and convergent-discriminant validity of the Italian version of the Caring Efficacy Scale (CES) have been analyzed and a two-dimensional scale with 17 items has been obtained, which differs from the original scale.</p>

8. Conclusiones

<p>Specific aim 3</p> <p>Analyze the reliability of the Italian version of the ETUC according to Jean Watson's theory of human care in terms of internal consistency and temporal stability.</p>	<p>The reliability of the Italian version of the Caring Efficacy Scale (CES), in relation to internal consistency, has been analyzed. The hypotheses raised initially have been confirmed once the instrument presents a similar internal consistency, at the original scale.</p>
<p>Specific aim 4</p> <p>Describe the sociodemographic characteristics of the study participants.</p>	<p>The socio-demographic variables of the participants of this study have been described, in which they tend to be female nurses, with an average age of 44 years, with an academic training of diploma, stable hiring and with at least 10 years of experience.</p>

Tabla 30 Conclusiones

Fuente : Elaboración propia.

Aportaciones derivadas de la tesis

9. Aportaciones derivadas de la tesis

Durante la realización de esta investigación se han realizado diversas actividades de divulgación. A continuación, se describen las experiencias académicas, eventos científicos y publicaciones científicas llevadas a cabo hasta el momento:

Comunicaciones:

- Formal Presentation of Quantitative Research: Researching The Caring Efficacy Scale According to theory of Human Caring in Italian Nurses
This paper was presented at the Watson Caring Science Institute 2nd Watson European Seminar, June 15 – 19, 2016, in Lucca, Italy.
- Formal Presentation of Quantitative Research: Researching The Caring Efficacy Scale According to Theory of Human Caring in Italian Nurses
Successful scholarly research presentation and Completion Jordan Conference February 9, 10, 11, 2017 Aqaba, Jordan Middle Eastern Nurses and Partners Uniting in Human Caring: Transcending Culture and Boundaries
- Póster titulado “Validación de la Caring Efficacy Scale en enfermeras(os) italianas según la teoría del cuidado humano.” Durante el Congreso del CIE 2017 Las enfermeras a la vanguardia mejorando los cuidados 27 de mayo al 1 de junio de 2017, Barcelona, España.

- Presentación oral del proyecto de tesis doctoral validación y adaptación cultural de la Caring Efficacy Scale según la teoría del cuidado humano: fase de prueba piloto y adaptación cultural en el programa de enfermería de la Universidad Popular Del Cesar -Colombia durante los días 28 y 29 de marzo 2017.

Publicaciones:

- Aviles-Gonzalez C I , Massidda M V , Pinna M R, Galletta M, Jimenez-Herrera M F . “Come Si Adatta Culturalmente Una Scala ?” Sperienza Con La Caring Efficacy Scale Al Contesto Italiano. *Italian Journal Of Prevention, Diagnostic And Therapeutic Medicine (Ijpdm) , Vol.2 N.2,* <https://doi.org/10.30459/2019-12> .
- Aviles Gonzalez CI, Galletta M, Melis P, Contu P, Watson J, Finco G, Jimenez-Herrera M F. Cultural adaptation and psychometric validation of the caring efficacy scale in Italian nurses PLoS ONE 14(5): e0217106. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217106>
- Aviles Gonzalez CI, Galletta M, Chessa E, Melis P, Contu P, Jimenez Herrera MF. Caring efficacy: nurses’ perceptions and relationships with work-related factors: Caring efficacy among nurses Acta Bio Med [Internet]. 2019Nov.11 [cited 2020Jan.21]; 90(11-S):74-82. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i11-S.8684>

Bibliografía

10. Bibliografia

1. Kay Hogan B, Cleary E by MSPR an. Caring as a Scripted Discourse versus Caring as an Expression of an Authentic Relationship between Self and Other. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2013 May 13 [cited 2019 Apr 11];34(5):375–9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2013.768734>
2. Watson J, Watson J. *Human caring science : a theory of nursing* [Internet]. 2nd ed. Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning; 2012 [cited 2019 Apr 11]. 122 p. Available from: <https://www.worldcat.org/title/human-caring-science-a-theory-of-nursing/oclc/682072198>
3. Watson J. *Nursing : the philosophy and science of caring* [Internet]. Boulder, Colo. : University Press of Colorado; 2008 [cited 2019 Apr 11]. 313 p. Available from: <https://www.worldcat.org/title/nursing-the-philosophy-and-science-of-caring/oclc/475623023>
4. 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* [Internet]. 2007 Mar [cited 2019 Apr 11];16(1):129–35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

10. Bibliografija

07072007000100016&lng=en&tlng=en

5. Watson J. Nursing : the philosophy and science of caring [Internet]. 1st ed. Boston: Little, Brown; 1979 [cited 2019 Apr 11]. 321 p. Available from: <https://www.worldcat.org/title/nursing-the-philosophy-and-science-of-caring/oclc/4887181>
6. Garrett B. Unitary caring science: The philosophy and praxis of nursing Jean Watson University Press of Colorado, Louisville, CO, 2018, \$34.95 (paperback), 204 pages. ISBN 978-1-60732-775-4. Nurs Philos [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2019 Apr 11];20(1):e12227. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/nup.12227>
7. 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(1):129–35.
8. Pajnkihar M, McKenna HP, Štiglic G, Vrbnjak D. Fit for Practice: Analysis and Evaluation of Watson's Theory of Human Caring. Nurs Sci Q [Internet]. 2017 Jul 21 [cited 2019 Apr 11];30(3):243–52. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318417708409>
9. Tektaş P, Çam O. The Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on the Mental Health of Pregnant Women

- After a Pregnancy Loss. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2019 Apr 11];31(5):440–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28927506>
10. Durgun Ozan Y, Okumuş H. Effects of Nursing Care Based on Watson’s Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial. *J caring Sci* [Internet]. 2017 Jun [cited 2019 Apr 11];6(2):95–109. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28680864>
 11. Drenkard KN. Integrating Human Caring Science into a Professional Nursing Practice Model. *Crit Care Nurs Clin North Am* [Internet]. 2008 Dec 1 [cited 2019 Apr 11];20(4):403–14. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899588508000555?via%3Dihub>
 12. Canzan F, Saiani L, Mortari L AE. Quando i pazienti parlano di cura:uno studio qualitativo fenomenologico. *Assist Inferm e Ric* [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 11];32:205–12. Available from: http://www.air-online.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=1381&id=15358
 13. Ambrosi E, Canzan F, Zenere A, Grassi M, Tardivo S, Mortari L, et al. Developing a new questionnaire to measure nurse caring behaviours: a mixed method study. *Eur J Pers Centered Healthc*

10. Bibliografia

- [Internet]. 2018 Sep 28 [cited 2019 Apr 11];6(3):405. Available from:
<http://ubplj.org/index.php/ejpch/article/view/1517>
14. 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. Clin Nurs Res [Internet]. 2014 Apr 6 [cited 2019 Apr 11];23(2):132–52. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1054773812468447>
15. Tomietto M, Papastavrou E, Efstathiou G, Palese A. [Measuring the perception of caring in patients and in nurses: Italian validation of the Caring Behaviors Inventory (CBIta)]. G Ital Med Lav Ergon [Internet]. [cited 2019 Apr 11];36(1):38–44. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24665627>
16. Larrabee JH, Ostrow CL, Withrow ML, Janney MA, Hobbs GR, Burant C. Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. Res Nurs Health [Internet]. 2004 Aug [cited 2019 Apr 11];27(4):254–68. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15264264>
17. Canzan F, Heilemann M V., Saiani L, Mortari L, Ambrosi E. Visible and invisible caring in nursing from the perspectives of patients and nurses in the gerontological context. Scand J Caring Sci [Internet].

- 2014 Dec 1 [cited 2019 Apr 11];28(4):732–40. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12105>
18. Burtson PL, Stichler JF. Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *J Adv Nurs* [Internet]. 2010 Jun 16 [cited 2019 Apr 11];66(8):1819–31. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2010.05336.x>
19. Chen J, Li J, Cao B. Mediating effects of self - efficacy , coping , burnout , and social support between job stress and mental health among young Chinese nurses. 2019;0(August):1–11.
20. Falk-brynhildsen K, Jaensson M, Gillespie BM, Nilsson U. Swedish Operating Room Nurses and Nurse Anesthetists ’ Perceptions of Competence and Self-Efficacy. *J PeriAnesthesia Nurs* [Internet]. 2018;1–9. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.09.015>
21. Urra M E, Jana A A, García V M. ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2011 Dec [cited 2019 Apr 12];17(3):11–22. Available from:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

10. Bibliografía

22. Caring Science Theory | Watson Caring Science Institute [Internet]. [cited 2019 Apr 12]. Available from: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>
23. G.H. W, N. K. Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring: An instrument based on Watson's theory of transpersonal caring. *J Nurs Educ* [Internet]. 2006;45(5):162–8. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L43798442>
24. Mathias JJ dos S, Zagonel IPS, Lacerda MR. Processo clinical caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006 Sep [cited 2019 Apr 12];19(3):332–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300013&lng=pt&tlng=pt
25. Agramonte del Sol A, Leiva Rodríguez J. *Rev Cubana Enfermer* 2007;23(1) Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería.
26. Molina L. Enfermería Global ENFERMERÍA: PROFESIÓN, HUMANISMO Y CIENCIA. *Enfermería Glob*. 2003;2(1).
27. Wei H, Watson J. Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *Int J*

- Nurs Sci [Internet]. 2019 Jan 10 [cited 2019 Apr 12];6(1):17–23. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013218305210>
28. Attum B, Shamooun Z. Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2019 [cited 2019 Apr 12]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29763108>
29. Cervantes LL, Zuñiga JA. Strategies to Avoid Neonatal Blood Transfusions for Families of the Jehovah’s Witness Faith. Nurs Womens Health [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2019 Apr 12];22(4):332–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30077239>
30. Benner, P. E., & Wrubel J. The primacy of caring: Stress and coping in health and illness. - PsycNET [Internet]. Reading, MA UA-WWL, editor. 1989 [cited 2019 Nov 3]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1989-98356-000>
31. Calabria MD, Macrae J. Suggestions for thought. 220 p.
32. Brewer BB, Watson J. Evaluation of Authentic Human Caring Professional Practices. J Nurs Adm [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2019 Apr 12];45(12):622–7. Available from:

10. Bibliografía

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26502069>
33. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs* [Internet]. 2007 Mar [cited 2019 Nov 4];0(0):070917205407002-??? Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2006.01824.x>
 34. Nortvedt P. Clinical sensitivity: the inseparability of ethical perceptiveness and clinical knowledge. Vol. 15, *Scholarly inquiry for nursing practice*. 2001.
 35. Bermejo J. *Salir de la noche : por una enfermería humanizada*. Sal Terrae; 1999. 69 p.
 36. Brusco A. *Humanización de la asistencia al enfermo*. Editorial Sal Terrae; 1999.
 37. Kay Hogan B, Cleary E by MSPR an. Caring as a Scripted Discourse versus Caring as an Expression of an Authentic Relationship between Self and Other. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2013 May 13 [cited 2019 Apr 12];34(5):375–9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2013.768734>
 38. Marriner TA AR. *Modelos y teorías en enfermería*. (eBook, 2014) [WorldCat.org] [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 4]. Available from: <https://www.worldcat.org/title/modelos-y-teorias-en-enfermeria/oclc/935920539>

39. Benavent A., Ferrer E. FC. Fundamentos de enfermería. 2a ed. España: Enfermería S 21; 2016. 420 p. MADRID: Difusión Avances de Enfermería; 2001. 72 p.
40. Youssef HAM, Mansour MAM, Ayasreh IRA, Al-Mawajdeh NAA. A Medical-Surgical Nurse's Perceptions of Caring Behaviors among Hospitals in Taif City [Internet]. Vol. 10, Life Sci J. 2013 [cited 2019 Apr 12]. Available from: <http://www.lifesciencesite.com.91>
41. Martínez Riera JR. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. Enferm Clin [Internet]. 2003 [cited 2019 Nov 4];13(5):303–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17686413>
42. Aktürk Ü, Erci B. The Effect of Watson's Human Caring Model on Meaning of Life and Symptom Management in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. Res Theory Nurs Pract [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2019 Apr 12];32(3):255–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30567838>
43. WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. [cited 2019 Nov 4]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
44. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo

XXI.

45. oms. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
46. Hoover J. The personal and professional impact of undertaking an educational module on human caring. *J Adv Nurs* [Internet]. 2002 Jan 1 [cited 2019 Apr 12];37(1):79–86. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2648.2002.02051.x>
47. Foss Durant A, McDermott S, Kinney G, Triner T. Caring Science: Transforming the Ethic of Caring-Healing Practice, Environment, and Culture within an Integrated Care Delivery System. *Perm J* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 12];19(4):e136-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26828076>
48. Paris LG, Terhaar M. Using Maslow's pyramid and the national database of nursing quality indicators to attain a healthier work environment. *Online J Issues Nurs*. 2011 Jan;16(1).
49. Favero L, Meier MJ, Lacerda MR, Mazza V de A, Kalinowski LC. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2019 Apr 12];22(2):213–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200016&lng=pt&tlng=pt

50. Trejo Martínez F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Ens Enf Neurol*. 2012;11(2):98–101.
51. Amezcua M. ANTROPOLOGÍA ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS ENFERMEDAD Y PADECIMIENTO: SIGNIFICADOS DEL ENFERMAR PARA LA PRÁCTICA DE LOS CUIDADOS.
52. Heidegger M. *Being and Time* (Suny Series in Contemporary Continental Philosophy) [Internet]. State Univ of New York Pr; 2010 [cited 2019 Nov 4]. 482 p. Available from: <http://www.amazon.com/Being-Series-Contemporary-Continental-Philosophy/dp/1438432763>
53. CARACTERÍSTICAS DE LA NARRATIVA EN SITUACIÓN DE ENFERMERÍA. *Rev Actual Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 12];17(3). Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve173/situacion-enfermeria/>
54. Ergott KM. Hold My Hand... Don't Let Go: Moments of Caring From a Patient's Perspective. *J Holist Nurs* [Internet]. 2008 Dec [cited 2019 Apr 13];26(4):308–10. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010108323417>
55. Favero L, Pagliuca LMF, Lacerda MR. Transpersonal caring in

10. Bibliografia

- nursing: An analysis grounded in a conceptual model. *Rev da Esc Enferm.* 2013;47(2):489–94.
56. Clark C. Watson's Human Caring Theory: Pertinent Transpersonal and Humanities Concepts for Educators. *Humanities.* 2016;5(2):21.
57. Vandenhouten C, Kubsch S, Peterson M, Murdock J, Lehrer L. Watson's theory of transpersonal caring: factors impacting nurses professional caring. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2012 Nov 1 [cited 2019 Apr 13];26(6):326–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23075749>
58. Turkel MC, Gordon S, Watson J. Review completed by. *Int J Hum Caring.* 2009;13(2):60–2.
59. Steinke EE, Huckstadt A. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science. Vol. 13, AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute and Critical Care. 2003. 586 p.
60. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* [Internet]. 1977 [cited 2019 Apr 13];84(2):191–215. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-295X.84.2.191>
61. Chemers MM, Watson CB, May ST. Dispositional Affect and Leadership Effectiveness: A Comparison of Self-Esteem, Optimism, and Efficacy. *Personal Soc Psychol Bull* [Internet]. 2000 Mar 2 [cited

- 2019 Apr 13];26(3):267–77. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0146167200265001>
62. Bandura A, Locke EA. Negative self-efficacy and goal effects revisited. *J Appl Psychol* [Internet]. 2003 [cited 2019 Apr 13];88(1):87–99. Available from:
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-9010.88.1.87>
63. Stajkovic AD, Bandura A, Locke EA, Lee D, Sergent K. Test of three conceptual models of influence of the big five personality traits and self-efficacy on academic performance: A meta-analytic path-analysis. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2019 Apr 13];120:238–45. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886917305068>
64. Sánchez-Anguita Muñoz Á, Pulido López MF, Conde Vieitez J. Self-efficacy and anxiety in female hospital healthcare workers. *Ansiedad y Estrés* [Internet]. 2018 Jul [cited 2019 Apr 13];24(2–3):99–104. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134793718300630>
65. Coates CJ. The Caring Efficacy Scale: nurses’ self-reports of caring in practice settings. *Adv Pract Nurs Q* [Internet]. 1997 [cited 2019 Apr 13];3(1):53–9. Available from:

10. Bibliografía

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9485781>
66. Coates Carolie. Caring Efficacy Scale for Nurses | Measuring Nursing Patient Caring | Assessing, Measuring, Rating | Carolie Coates [Internet]. [cited 2019 Apr 13]. Available from: <http://www.caringefficacyscale.com/index.html>
67. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2007;20(4):499–503.
68. Sadler J. A pilot study to measure the caring efficacy of baccalaureate nursing students. *Nurs Educ Perspect* [Internet]. 2003 Nov 1 [cited 2019 Apr 13];24(6):295–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14705398>
69. Manojlovich M. The effect of nursing leadership on hospital nurses' professional practice behaviors. *J Nurs Adm* [Internet]. 2005 Jul 1 [cited 2019 Apr 13];35(7–8):366–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16077279>
70. Amendolair D. Caring Behaviors and Job Satisfaction. *JONA J Nurs Adm* [Internet]. 2012 Jan [cited 2019 Jun 18];42(1):34–9. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005110-201201000-00008>
71. Poblete-Troncoso M del C, Valenzuela-Suazo SV, Merino JM.

- Aquichan. [Internet]. Vol. 12, Aquichan. Universidad de La Sabana; 2012 [cited 2019 Apr 13]. 8-21 p. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972012000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
72. Eggenberger TL, Keller KB, Chase SK, Payne L. A quantitative approach to evaluating caring in nursing simulation. *Nurs Educ Perspect* [Internet]. 2012 Nov 1 [cited 2019 Apr 13];33(6):406–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23346791>
73. Lamke D, Catlin A, Mason-Chadd M. “Not Just a Theory.” *J Holist Nurs* [Internet]. 2014 Dec 25 [cited 2019 Apr 13];32(4):278–89. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010114531906>
74. Reid C, Courtney M, Anderson D, Hurst C. The “caring experience”: Testing the psychometric properties of the Caring Efficacy Scale. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2019 Apr 13];21(6):904–12. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ijn.12327>
75. Surr CA, Smith SJ, Crossland J, Robins J. Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: A repeated measures study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2019 Apr 13];53:144–51. Available from:

10. Bibliografia

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915002941?via%3Dihub>
76. Trowbridge K, Mische Lawson L, Andrews S, Pecora J, Boyd S. Preliminary Investigation of Workplace-Provided Compressed Mindfulness-Based Stress Reduction with Pediatric Medical Social Workers. *Health Soc Work* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2019 Apr 13];42(4):207–14. Available from: <http://academic.oup.com/hsw/article/42/4/207/4107863/Preliminary-Investigation-of-WorkplaceProvided>
77. Monsen; ESSJFD, Schleyer R, Jones CR, Fincham S, Daratha KB, Monsen KA. Impact of Adoption of a Comprehensive Electronic Health Record on Nursing Work and Caring Efficacy. *Cin Comput Informatics, Nurs* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2019 Apr 13];36(7):331–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29688905>
78. Venables H, Wells Y, Fetherstonhaugh D. Psychometric testing of the Older Patients in Acute Care Survey (OPACS) in Australian final year nursing students. *Nurs Open* [Internet]. 2019 Apr 6 [cited 2019 Apr 13];6(2):558–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30918706>
79. Kim J-H, Park YS. A Review of the Korean Nursing Research

- Literature with Focus on Quantitative Measurement of Caring. J Korean Acad Community Heal Nurs [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 13];29(2):155. Available from: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.12799/jkachn.2018.29.2.155>
80. Reid C, Jones L, Hurst C, Anderson D. Examining relationships between socio-demographics and self-efficacy among registered nurses in Australia. Collegian [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2019 Apr 13];25(1):57–63. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769617300768>
81. Al-Fayyadh S. Critical care nurse's capacities to express a caring relationship with patients in teaching hospitals. Indian J Public Heal Res Dev [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 13];9(8):277. Available from: <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:ijphrd&volume=9&issue=8&article=051>
82. MORETTO G, schiavon M. Evidence Based Nursing Ricerca Scientifica e Pratica Clinica. Period del Col IPASVI di Gorizia [Internet]. 2009 [cited 2019 Apr 14];3:5–12. Available from: www.ipasvigorizia.it

10. Bibliografía

83. Andrea Ceballos Vásquez P. DESDE LOS ÁMBITOS DE ENFERMERÍA, ANALIZANDO EL CUIDADO HUMANIZADO FROM THE CONTEXT OF NURSING, ANALYZING THE HUMANIZED CARE. Cienc y Enferm [Internet]. 2010 [cited 2019 Apr 14];16(1):31–5. Available from: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf
84. Lukose A. Developing a Practice Model for Watson’s Theory of Caring. Nurs Sci Q [Internet]. 2011 Jan 10 [cited 2019 Apr 14];24(1):27–30. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318410389073>
85. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Pilar BLM del. metodologia de la investigacion. quinta. Mc Graw Hill, editor. Mexico DF; 2010. 39-40 p.
86. Gli infermieri italiani superano il traguardo dei 400mila! - FNOPI [Internet]. [cited 2019 Apr 14]. Available from: <http://www.fnopi.it/attualita/gli-infermieri-italiani-superano-il-traguardo-dei-400mila--id400.htm>
87. Dove si parla l’italiano nel mondo? | La Rivista di Babel [Internet]. [cited 2019 Apr 14]. Available from: <https://it.babel.com/it/magazine/italiano-mondo/>
88. aou cagliari. Programma Sanitario Annoale 2018 [Internet]. 2018. p.

57. Available from:
<https://www.aoucagliari.it/home/resources/cms/documents/57544c6c4b5f4a2590b81eb5fc32d6cf.pdf>
89. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health Measurement Scales [Internet]. third. oxford university press, editor. oxford; 2003 [cited 2019 Apr 15]. Available from:
https://naziracalleja.weebly.com/uploads/5/6/2/7/56279085/streiner_norman_y_cairney._health_measurement_scales._a_practical_guide_to_their_development_and_use.pdf
90. o'Rourke norm ; Hatcher larry. A Step-by-Step Approach to Using SAS ® for Factor Analysis and Structural Equation Modelling, Second Edition. second. SAS, editor. Vol. 83, International Statistical Review. 2013. 325-326 p.
91. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales : a practical guide to their development and use [Internet]. [cited 2019 Apr 15]. 399 p. Available from:
https://books.google.it/books?id=JH3OBAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Health+Measurement+Scales.&hl=it&sa=X&ved=0ahUKEwj99JvO_tDhAhURCuwKHQzeDj4Q6AEIMTAB#v=onepage&q=Health+Measurement+Scales.&f=false
92. España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de

10. Bibliografía

- Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE). 2018. p. 119778–857. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
93. José Muñiz¹, Paula Elosua², y Ronald K. Hambleton³. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema* [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 15];25(2):151–7. Available from: www.psicothema.com
94. 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* [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2019 Apr 15];17(2):268–74. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
95. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 2000 Dec 15 [cited 2019 Apr 15];25(24):3186–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>
96. Navarre (Spain). Departamento de Salud. A, Centeno C, Watson R, Martinez M, Rubiales AS. Anales del sistema sanitario de Navarra. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2011 Apr 28 [cited 2019 Apr 15];34(1). Available from:

- <https://recyt.fecyt.es//index.php/ASSN/article/view/10317/8017>
97. Alexandre NMC, Guirardello E de B. [Cultural adaptation of instruments utilized in occupational health]. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2002 Feb [cited 2019 Apr 15];11(2):109–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11939113>
 98. Galletti L, Benedetti MG, Maselli S, Zanolli G, Pignotti E, Iovine R. Rehabilitation Complexity Scale: Italian translation and transcultural validation. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2016 Jan 2 [cited 2019 Apr 15];38(1):87–96. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2015.1024340>
 99. S. Limardi, G. Rocco, A. Stievano, E. Vellone, A. Valle, F. Torino RA. Cultural adaptation and linguistic validation of the Family Decision Making Self Efficacy Scale (FDMSES). *Ann di Ig* [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 15];26(4). Available from: http://www.seu-roma.it/riviste/annali_igiene/apps/autos.php?id=934
 100. Gallasch CH, Alexandre NMC, Amick B. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the work role functioning questionnaire to Brazilian Portuguese. *J Occup Rehabil*. 2007 Dec;17(4):701–11.
 101. Durand MJ, Vachon B, Hong QN, Loisel P. The cross-cultural adaptation of the DASH questionnaire in Canadian French. *J Hand*

10. Bibliografía

- Ther. 2005 Jan;18(1):34–9.
102. Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: A methods review. Vol. 48, *Journal of Advanced Nursing*. 2004. p. 175–86.
103. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Heal*. 2008 May;11(3):509–21.
104. de Soárez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB, Ciconelli RM. [Translation into Brazilian Portuguese and validation of the Work Limitations Questionnaire]. *Rev Panam salud pública = Pan Am J public Heal* [Internet]. 2007 Jul;22(1):21–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17931484>
105. Celina H, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2005 [cited 2019 Apr 15];34(4):572–80. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502005000400009&script=sci_abstract&tlng=es
106. Clark, Lee Anna Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. - *PsycNET*. *Methodol issues Strateg Clin Res* [Internet]. 2003 [cited 2019 Apr 15];207–31. Available from:

- <https://psycnet.apa.org/record/2003-04106-011>
107. Badía Llach X, Alonso J. La medida de la salud : guía de escalas de medición en español [Internet]. [4^a ed.]. Barcelona: EDITTEC; 2007 [cited 2019 Apr 15]. Available from: <https://www.worldcat.org/title/medida-de-la-salud-guia-de-escalas-de-medicion-en-espanol/oclc/934250000?referer=di&ht=edition>
108. Navarre (Spain). Departamento de Salud. A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martinez, M. & Rubiales, A. (2011). How is an instrument for measuring health to be validated?. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2011 [cited 2019 Apr 15];34(1):63–72. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007
109. Fortín F. El proceso de investigación : de la concepción a la realización [Internet]. McGraw-Hill Interamericana; 1999 [cited 2019 Apr 15]. 319 p. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-el-proceso-de-investigacion-de-la-concepcion-a-la-realizacion/9789701023464/663780>
110. Fernández Núñez L. Fichas para investigadores ¿Cómo se elabora un cuestionario? Butlletí LaRecerca [Internet]. 2007 [cited 2019 Apr 15]; Available from: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha8-cast.pdf>

10. Bibliografía

111. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M SRÁ. ¿Como validar un instrumento de medida de la salud? How is an instrument for measuring health to be validated? *Anales de Sistema Sanitario de Navarra*. *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):63–72.
112. Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. © *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. [cited 2019 Apr 15];5:521–51. Available from: https://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-158.pdf
113. Machin D, Fayers P. *Quality of life : the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* [Internet]. Wiley; 2013 [cited 2019 Apr 15]. Available from: <https://www.wiley.com/en-it/Quality+of+Life:+The+Assessment,+Analysis+and+Interpretation+of+Patient+reported+Outcomes,+2nd+Edition-p-9781118699454>
114. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*, 2nd ed. - *PsycNET* [Internet]. 2nd ed. Guilford Press, editor. new york; 2005 [cited 2019 Apr 18]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2005-03476-000>
115. Hu LP. Evaluating model fit. - *PsycNET*. In 1995 [cited 2019 Nov 3]. p. 76–99. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1995-97753-005>
116. Akaike H. Factor analysis and AIC. *Psychometrika*. 1987

- Sep;52(3):317–32.
117. Cardoso Ribeiro C, Gómez-Conesa A, Hidalgo Montesinos MD. Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia* [Internet]. 2010 Nov [cited 2019 Apr 15];32(6):264–70. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211563810000829>
118. Berenguer Poblet M. L'actitud infermera vers la família: adaptació transcultural al castellà i validació de l'Escala Families' Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes (FINC-NA) [Internet]. universitat rovira e virgili; 2014 [cited 2019 Apr 15]. Available from: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/157/141/325-1?inline=1>
119. Cheung GW, Rensvold RB. Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Struct Equ Model A Multidiscip J* [Internet]. 2002 Apr [cited 2019 Apr 18];9(2):233–55. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15328007SEM0902_5
120. Tucker LR, Lewis C. A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika* [Internet]. 1973 Mar [cited 2019 Apr 17];38(1):1–10. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF02291170>

10. Bibliografía

121. Lévy Mangin J-P, Varela Mallou J, Abad González J. Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales : temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales. Netbiblo; 2006.
122. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. Psychol Bull [Internet]. 1990 [cited 2019 Apr 18];107(2):238–46. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.107.2.238>
123. Steiger JH. Structural Model Evaluation and Modification: An Interval Estimation Approach. Multivariate Behav Res [Internet]. 1990 Apr [cited 2019 Apr 18];25(2):173–80. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327906mbr2502_4
124. Byrne BM. Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming. - PsycNET [Internet]. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, editor. Mahwah; 2001 [cited 2019 Apr 18]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2000-14005-000>
125. MacCallum RC, Browne MW, Sugawara HM. Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. Psychol Methods [Internet]. 1996 [cited 2019 Apr 18];1(2):130–49. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1082-989X.1.2.130>

126. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med [Internet]. 1993 Mar 1 [cited 2019 Apr 18];36(6):725–33. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369390033Z>
127. Sardu C, Mereu A, Sotgiu A, Andrissi L, Jacobson MK, Contu P. Antonovsky’s Sense of Coherence Scale: Cultural Validation of Soc Questionnaire and Socio-Demographic Patterns in an Italian Population. Clin Pract Epidemiol Ment Health [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 18];8:1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22371812>
128. Brislin RW. Translation and content analysis of oral and written material [Internet]. first. Allyn & Bacon., editor. boston; 1980 [cited 2019 Apr 16]. Available from: <https://www.coursehero.com/file/p379fuo/Brislin-R-W-1980-Translation-and-content-analysis-of-oral-and-written-material/>
129. Smith GT, McCarthy DM, Anderson KG. On the sins of short-form development. Psychol Assess [Internet]. 2000 [cited 2019 Apr 19];12(1):102–11. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1040-3590.12.1.102>
130. ph Hair Jr Will iam C Blac Barr J Bab in Rolp E JF. Sev enth Edit ion

10. Bibliografia

- Multivariate Data Analysis Hair Black Babin Anderson [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 19]. Available from: www.pearsoned.co.uk
131. Streiner DL. Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess*. 2003;80(1):99–103.
132. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Heal* [Internet]. 2005 Jun 1 [cited 2019 Apr 19];59(6):440–2. Available from: <https://jech.bmj.com/content/59/6/440.long>
133. Basińska M, Andruszkiewicz A, Grabowska M. Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behaviour. *Int J Occup Med Environ Health* [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2019 Apr 19];24(3):256–66. Available from: <http://ijomeh.eu/Nurses-sense-of-coherence-and-their-work-related-patterns-of-behaviour,2301,0,2.html>
134. Harri M. The sense of coherence among nurse educators in Finland. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1998 Apr 1 [cited 2019 Apr 19];18(3):202–12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691798800804>
135. Bachem R, Maercker A. Development and Psychometric Evaluation of a Revised Sense of Coherence Scale. *Eur J Psychol Assess* [Internet]. 2018 May [cited 2019 Apr 19];34(3):206–15. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/1015-5759/a000323>

136. Dębska G, Pasek M, Wilczek-Rużyczka E. Sense of Coherence vs. Mental Load in Nurses Working at a Chemotherapy Ward. *Cent Eur J Public Health* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2019 Apr 19];25(1):35–40. Available from: <http://cejph.szu.cz/doi/10.21101/cejph.a4305.html>

Anexos

11. Anexos

Anexo 1 Versión italiana de la CES con el respectivo consentimiento informado

ADATTAMENTO CULTURALE DELLA “CARING EFFICACY SCALE “E LE ESPERIENZE DEGLI INFERMIERI ITALIANI

Buongiorno,

Mi chiamo Cesar Ivan Aviles Gonzalez sono infermiere dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Di Cagliari. Attualmente sto svolgendo una ricerca per la tesi di Dottorato In Nursing And Health Dell'università Rovira I Virgili in Spagna; questa è diretta a valutare l'autoefficacia degli infermieri per la prestazione di assistenza rivolta pazienti.

Obiettivi della ricerca:

Validare La Caring Efficacy Scale e gli elementi della teoria del transpersonal caring di Jean Watson, basata sugli aspetti umani ed etici del caring nel contesto degli infermieri italiani.

Indagare sul caring e sulla efficacia assistenziale degli infermieri italiani.

La partecipazione degli infermieri a questo progetto di ricerca sarà di carattere volontario; Essi potranno abbandonare in qualunque momento lo studio, si assicurerà la confidenzialità dei dati e l'anonimato nella gestione dell'informazione (legge 196 / 2003)

Firma: *Cesar Ivan Aviles Gonzalez*

DATI ANAGRAFICI

1. Genere <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	2. Età _____	3. Tipologia di contratto <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Agenzia di lavoro
4. In quale reparto/servizio lavora? _____		5. In quale ospedale lavora? _____
6. Tipo di orario <input type="checkbox"/> Su un turno <input type="checkbox"/> Su due turni <input type="checkbox"/> Su tre turni	7. Da quanto tempo lavori nell'attuale reparto/servizio? <input type="checkbox"/> ≤ 3 anni <input type="checkbox"/> ≥ 10 anni <input type="checkbox"/> da 4 a 9 anni	8. Livello di istruzione attuale <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Post-laurea

Per favore, pensando al suo lavoro in contesto clinico con i suoi pazienti, risponda alle seguenti affermazioni utilizzando la scala sotto riportata:

	-③	-②	-①	+①	+②	+③
	Fortemente in disaccordo	Moderatamente in disaccordo	Lievemente in disaccordo	Lievemente d'accordo	Moderatamente d'accordo	Fortemente d'accordo
1. Non mi sento fiducioso/a nella mia capacità di esprimere un senso di cura verso i miei pazienti	-③	-②	-①	+①	+②	+③
2. Se non mi sento ben relazionato/a con il mio paziente, provo ad analizzare cosa posso fare per entrare in contatto con lui	-③	-②	-①	+①	+②	+③
3. Mi sento a mio agio a toccare i miei pazienti durante l'assistenza.	-③	-②	-①	+①	+②	+③
4. Trasmetto un senso di forza personale ai miei pazienti	-③	-②	-①	+①	+②	+③
5. I pazienti possono dirmi qualsiasi cosa e non sarò scandalizzato/a.	-③	-②	-①	+①	+②	+③
6. Ho la capacità di mostrare un senso di normalità in condizioni di stress.	-③	-②	-①	+①	+②	+③
7. È facile per me prendere in considerazione i molteplici aspetti della cura dei pazienti e, allo stesso tempo, ascoltarli	-③	-②	-①	+①	+②	+③
8. Ho difficoltà a mettere da parte i miei pregiudizi e convinzioni personali al fine di ascoltare e accettare un paziente come persona	-③	-②	-①	+①	+②	+③
9. Posso entrare in una stanza portando energia e serenità che faccia sentire pazienti meglio	-③	-②	-①	+①	+②	+③
10. Sono in grado di entrare in sintonia con un particolare paziente e dimenticare le mie preoccupazioni personali.	-③	-②	-①	+①	+②	+③
11. Di solito riesco a creare un modo di relazionarmi con qualsiasi paziente	-③	-②	-①	+①	+②	+③
12. Mi manca la fiducia nella mia capacità di parlare con i pazienti provenienti da paesi diversi dal mio.	-③	-②	-①	+①	+②	+③
13. Ho la sensazione che se parlo con i pazienti a livello individuale e personale, le cose potrebbero andare fuori controllo.	-③	-②	-①	+①	+②	+③
14. Uso ciò che ho imparato nelle conversazioni con pazienti per fornire assistenza più personalizzata	-③	-②	-①	+①	+②	+③
15. Non mi sento abbastanza forte per ascoltare le paure e le preoccupazioni dei miei pazienti.	-③	-②	-①	+①	+②	+③
16. Anche quando mi sento sicuro/a di me riguardo la maggior parte delle cose, mi pare ancora di non essere in grado di relazionarmi con i pazienti	-③	-②	-①	+①	+②	+③
17. Mi sembra di avere problemi nel relazionarmi ai pazienti	-③	-②	-①	+①	+②	+③
18. Di solito stabilisco una stretta relazione con i miei pazienti	-③	-②	-①	+①	+②	+③
19. Di solito riesco a fare in modo di piacere ai pazienti	-③	-②	-①	+①	+②	+③
20. Spesso è difficile trasmettere il mio punto di vista ai pazienti quando ne ho bisogno	-③	-②	-①	+①	+②	+③
21. Quando, provo a risolvere un contrasto con un paziente, di solito peggioro la situazione	-③	-②	-①	+①	+②	+③
22. Se penso che un paziente sia a disagio o possa avere bisogno di aiuto, mi approccio a quella persona	-③	-②	-①	+①	+②	+③
23. Se trovo difficile stabilire un rapporto con un paziente, smetto di cercare di lavorare con quella persona.	-③	-②	-①	+①	+②	+③
24. Spesso è difficile relazionarmi con pazienti con una cultura diversa dalla mia	-③	-②	-①	+①	+②	+③
25. Ho aiutato molti pazienti grazie alla mia capacità di sviluppare relazioni strette e significative	-③	-②	-①	+①	+②	+③
26. Spesso ho difficoltà ad esprimere empatia verso i pazienti	-③	-②	-①	+①	+②	+③
27. Mi capita spesso di essere sopraffatto/a dalla natura dei problemi che i pazienti stanno vivendo.	-③	-②	-①	+①	+②	+③
28. Quando un paziente ha difficoltà a comunicare con me, io sono in grado di adattarmi al suo livello	-③	-②	-①	+①	+②	+③
29. Anche quando mi sforzo, non riesco a stabilire un contatto con pazienti difficili	-③	-②	-①	+①	+②	+③
30. Non uso modi creativi o inusuali per esprimere il senso di cura ai miei pazienti	-③	-②	-①	+①	+②	+③

Anexo 2 Autorización para la adaptación cultural al italiano de la CES.

February 8, 2016
Maria Jimenez, RN, MB, PhD.
Universitat Rovira i Virgili
Tarragona, Spain



Watson Caring
Science Institute

Fe-

Dear Dr. Jimenez:

Thank you for your scholarship in Caring Science in your university and your doctoral student research support.

I am pleased to learn that one of your doctoral students is interested in translating one of the Caring Assessment Measures from English to Spanish and Italian. It is my pleasure to give permission for your doctoral student/s to translate the Caring Efficacy Scale of Dr. Coates, which is published in Watson, J. (2008). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. NY: Springer. It is my understanding that Dr. Coates has already given her permission.

Please be aware that in the translation, it is important to do reverse - retro translations: From English – to Spanish- Italian; then again, from Spanish-Italian to English – to assure validity.

Once the translation is complete, I would love permission to post the translated versions on the Watson Caring Science Institute (www.watsoncaringscience.org) - under **Caring Science Theory, Research, and Measurement** menu - so other Spanish –Italian speaking students and colleagues can have access to the Spain/Spanish/ Italian translation. Indeed, the European Spanish version from Spain, can contribute to a Spanish version, different from Spanish –Mexican translations. Likewise, the Italian version will be useful for all Italian language users.

Please let me know if I can offer any more support for any of your scholarly work in Caring Science at Universitat Rovira I Virgili. It is a privilege to share scholarship and partnerships in this work.

With warmest regards,

Jean Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN
Distinguished Professor and Dean Emerita
University of Colorado College of Nursing
Founder/Director Watson Caring Science Institute
jean@watsoncaringscience.org

Anexo 3 Autorización del Comité Ético de Investigación Clínica



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI

Deliberazione n. 336

adottata dal Commissario Straordinario in data 20 MAG. 2016

Oggetto: Autorizzazione alla conduzione dello studio clinico osservazionale dal titolo: "Adattamento culturale della "caring efficacy scale" e le esperienze degli infermieri italiani" - Responsabile dello Studio Dott. Cesar Ivan Aviles Gonzales - da svolgersi presso l'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione - P.O. San Giovanni di Dio.

Il Commissario Straordinario
Dott. Giorgio Sorrentino

Coadiuvato dal
Direttore Amministrativo Dott. Vincenzo Serra
Direttore Sanitario Dott. Oliviero Rinaldi

su proposta del Servizio Affari Generali

- Premesso che il Dott. Cesar Ivan Aviles Gonzales ha trasmesso a quest'Azienda una richiesta di valutazione per lo studio clinico osservazionale dal titolo: "Adattamento culturale della "caring efficacy scale" e le esperienze degli infermieri italiani" - da svolgersi presso l'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione - P.O. San Giovanni di Dio;
- Considerato che il Comitato Etico di questa A.O.U., nella riunione del 23/03/2016, con verbale n. 05 Prot. n. 4731 del 04.04.2016 ha espresso parere favorevole all'esecuzione dello stesso;
- Visto il D.M. della Salute 12/05/2006 recante norme in materia di: "Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei Comitati Etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali", il Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 200, recante norme in materia di: "Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali" ed il D.M. 14/07/2009, recante norme in materia di: "Requisiti minimi per le polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche dei medicinali";
- Dato atto - che nell'allegato M si evince che non è prevista l'esecuzione di esami strumentali e di laboratorio e pertanto nessuna ulteriore spesa graverà su questa Azienda;
- che trattandosi di uno studio osservazionale non è prevista nessuna polizza assicurativa secondo quanto previsto dalla Determinazione AIFA del 20.3.2008
- Ritenuto pertanto di dover autorizzare la sperimentazione dello studio clinico in epigrafe;

DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa:

- di prendere atto del parere favorevole espresso dal Comitato Etico di questa A.O.U. espresso nella riunione del 23/03/2016 con verbale n. 05, inviato con prot. n. 4731 del 04.04.2016;
- di autorizzare la sperimentazione dello studio clinico osservazionale dal titolo: "Adattamento culturale della "caring efficacy scale" e le esperienze degli infermieri italiani" - da svolgersi presso l'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione - P.O. San Giovanni di Dio - Responsabile della Sperimentazione: Dott. Cesar Ivan Aviles Gonzales - da svolgersi presso l'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione - P.O. San Giovanni di Dio;
- di trasmettere copia del presente atto agli interessati ed ai Servizi competenti per i conseguenti adempimenti.

Il Direttore Sanitario
Dott. Oliviero Rinaldi

Il Commissario Straordinario
Dott. Giorgio Sorrentino

Il Direttore Amministrativo
Dott. Vincenzo Serra

Il Direttore amministrativo

certifica che la deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari a partire dal 20 MAG. 2016, restando in pubblicazione per 15 giorni consecutivi ed è stata posta a disposizione per la consultazione.

Servizio proponente
Servizio Affari Generali
a/ Vincenzo Siciliano

Sede Legale:
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari

Contatti:
Tel. 070.6092343/2599 - Fax: 070.6092344
email: dir.generale@auca Cagliari.it

Web: www.auca.it - www.auca Cagliari.it
 [facebook.com/AucaCagliari](https://www.facebook.com/AucaCagliari)
 twitter.com/AUCAcagliari



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI

COMITATO ETICO INDIPENDENTE
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
P.O. San Giovanni di Dio: via Ospedale 54 – 09124 Cagliari
Segreteria Tecnico Scientifica
tel. 0706092547 – 0706092262
fax 0706092262

CAGLIARI, 4/14/2016

PROT. PG/2016/4731

ALLEGATO N° 2.16
al VERBALE N.05 della Riunione del 23 marzo 2016

COMITATO ETICO AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI

*Comitato Etico Indipendente istituito con delibera N° 753 del 24/09/2013 della Direzione Generale della
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari*

Il giorno 23 marzo 2016 alle ore 15,00 presso l'Aula della Direzione Medica del P.O. San Giovanni di Dio di Cagliari si è riunito il Comitato Etico Indipendente dell'Azienda Ospedaliero di Cagliari per esprimere il proprio parere etico motivato sulla richiesta di cui al punto 2.16 dell'ordine del giorno dal titolo:

Adattamento culturale della "caring efficacy scale" e le esperienze degli infermieri italiani
Responsabile della Sperimentazione: Dott. Cesar Ivan Aviles Gonzales
Centro di Sperimentazione: Anestesia e Rianimazione
Presidio Ospedaliero: San Giovanni di Dio
Sponsor/proponente la ricerca: Studio Spontaneo
Struttura di appartenenza: AOU

Verificata

la presenza del numero legale come da foglio firma allegato

Valutati i seguenti documenti:

- ❖ Allegato A1 del 11/02/2016
- ❖ Dichiarazione sulla natura osservazionale del 11/02/2016
- ❖ Protocollo di studio
- ❖ Autorizzazione dell'Autore all'utilizzo e traduzione della scala del 08/02/2016
- ❖ CV del Dott. Gonzales
- ❖ Caring Efficacy Scale
- ❖ Intervista semistrutturata della Caring Efficacy Scale
- ❖ Dichiarazione di consenso informato

VERIFICATA

- a) l'adeguatezza delle motivazioni e le ipotesi della ricerca
- b) l'adeguatezza delle attese dello studio
- c) la correttezza dei criteri di analisi e di interpretazione dei risultati
- d) la proposta di analisi statistiche appropriate
- e) la trasparenza delle sponsorizzazioni ed i relativi aspetti economici
- f) la proprietà dei dati e la trasparenza dei risultati
- g) il rispetto dei diritti dei partecipanti alla ricerca per quanto concerne le informazioni sullo studio
- h) l'adeguatezza della tutela della privacy

Sede Legale:
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari
P.I. e C.F. 03108560925

Contatti:
Segreteria Tecnico Scientifica
tel. 0706092547 – 0706092262 fax 0706092262
Web: www.aouca.it/home/it/comitato_etico.page

Web: www.aouca.it – www.aoucagliari.it
 [facebook.com/Aoucagliari](https://www.facebook.com/Aoucagliari)
 twitter.com/AOUcagliari
 [Aou Cagliari Tv](https://www.youtube.com/AouCagliariTv)



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI

U.O.C.
tel. 070
email:

Al Commissario Straordinario

Azienda Ospedaliero-Universitaria

Via Ospedale, 54

09124 Cagliari

Oggetto: Dichiarazione Esami clinico-laboratoristici, strumentali e trattamenti extraroutinari (studi con sponsor).

Sperimentazione: Adattamento culturale della 'caring efficacy scale' e le esperienze degli infermieri italiani

Responsabile: Dott. Cesar Ivan Aviles Gonzales

Numero infermieri : Circa 200

Esami di laboratorio e o strumentali: nell'ambito della presente sperimentazione NON sono previsti costi derivanti da esami di laboratorio e o diagnostici, extraroutinari, in quanto è prevista la somministrazione di un questionario che valuta l'autoefficacia Degli infermieri a prendere cura anche delle interviste e lavoro di gruppo fuori orari di lavoro pertanto nessuna ulteriore spesa graverà sul SSN.

Lo Sperimentatore

Dott. Cesar Ivan Aviles Gonzales

Sede Legale:
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari
P.I. e C.F. 03108560925

Contatti:
Tel. 070.6092343 / 2599 - Fax: 070.6092344
email: dir.generale@aoucagliari.it
email pec: dir.generale@pec.aoucagliari.it

Web: www.aouca.it - www.aoucagliari.it
 [facebook.com/Aoucagliari](https://www.facebook.com/Aoucagliari)
 twitter.com/AOUCagliari
 [Youtube: Aou Cagliari Tv](https://www.youtube.com/AouCagliariTV)



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI

COMITATO ETICO INDIPENDENTE
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
P.O. San Giovanni di Dio: via Ospedale 54 – 09124 Cagliari
Segreteria Tecnico Scientifica
tel. 0706092547 – 0706092262
fax 0706092262

- i) la possibilità di individuare un comitato scientifico che abbia la responsabilità della gestione/conduzione dello studio

CONSTATATO CHE

fa riferimento ai codici deontologici (in particolare alla revisione corrente della Dichiarazione di Helsinki c/o alle norme di Buona Pratica Clinica CEE secondo l'allegato 1 del DM 27/4/1992 c/o al DM 18/3/1998 e seguenti)

SI APPROVA
la richiesta in oggetto

Si precisa che per la valutazione dello studio il Comitato Etico ha ritenuto non necessario convocare lo Sperimentatore.

La valutazione scientifica della richiesta è stata espletata dalla Dott.ssa Caterina Chillotti

Si ricorda che lo sperimentatore è obbligato ad informare il CE sull'andamento della sperimentazione **ogni sei mesi**, con relazione scritta riportante il numero dei casi arruolati tramite compilazione dell'Allegato L della modulistica di questo CE (rapporto sullo stato di avanzamento D.M. 15 Luglio 1997). Lo Sperimentatore è inoltre tenuto ad informare lo scrivente CE dell'inizio e della conclusione della sperimentazione.

Il parere sopra espresso s'intende limitato esclusivamente alle versioni citate in oggetto ed alla documentazione presentata ed espressamente citata. Ogni variazione allo stesso deve obbligatoriamente essere sottoposta al parere di questo CE, così come previsto dalle vigenti norme nazionali ed europee. Tutte le segnalazioni relative ad eventi avversi seri e inattesi, la conclusione dello studio ed ogni eventuale sua integrazione dovranno essere comunicati allo scrivente CE. ***Lo studio potrà essere intrapreso solo a seguito della autorizzazione del Direttore Generale formalizzata da apposito atto deliberativo.** I farmaci per la sperimentazione dovranno essere consegnati esclusivamente per il tramite del Servizio di Farmacie dell'Azienda ospedaliera. Lo sperimentatore è tenuto ad interpellare in qualsiasi momento il CE ogni qual volta si renda necessaria una nuova valutazione etica.

****Si attesta che questo Comitato Etico è organizzato ed opera in conformità alla normativa vigente in Italia in materia di GCP-ICH₂, in osservanza a quanto previsto dall'allegato del D.M. 15/07/1997, dal D.M. 18/03/1998 e dal D.L. n. 211/2003*** (Recupero delle linee guida dell'Unione Europea di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali), nonché della Legge n. 189 del 08/11/2012 e del D.M. della Salute 08/02/2013.
Si allega lista dei presenti e assenti e delle relative funzioni.

Il Presidente
Prof. Ernesto d'Aloja

Sede Legale:
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari
P.I. e C.F. 03108560925

Contatti:
Segreteria Tecnico Scientifica
tel. 0706092547 – 0706092262 fax 0706092262
Web: www.aouca.it/home/it/comitato_etico.page

Web: www.aouca.it – www.aoucagliari.it
 [facebook.com/Aoucagliari](https://www.facebook.com/Aoucagliari)
 twitter.com/AOUCagliari
 [Youtube: Aou Cagliari TV](https://www.youtube.com/AouCagliariTV)



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI

COMITATO ETICO INDIPENDENTE
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
P.O. San Giovanni di Dio: via Ospedale 54 - 09124 Cagliari
Segreteria Tecnico Scientifica
tel. 0706092547 - 0706092262
fax 0706092262

FOGLIO FIRME PRESENZE RIUNIONE COMITATO ETICO
23 marzo 2016

2.16) alle ore

Esame della validazione delle scale dal titolo: **Adattamento culturale della "caring efficacy scale"** e le esperienze degli infermieri italiani

Responsabile della Sperimentazione: **Dott. Cesar Ivan Aviles Gonzales**

Centro di Sperimentazione: **Anestesia e Rianimazione**

Presidio Ospedaliero: **San Giovanni di Dio**

Sponsor/proponente la ricerca: **Studio Spontaneo**

Struttura di appartenenza: **AOU**

PARERE: SI APPROVA		
COMPONENTI EFFETTIVI DEL COMITATO ETICO		
<i>Nominativo</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Firma</i>
Prof. Ernesto d'Aloja	Presidente: Esperto in materia giuridica e assicurativa o un medico legale	<i>Ernesto d'Aloja</i>
Dott. Pietro Greco	Vicepresidente: Clinico	<i>Pietro Greco</i>
Dott.ssa Luisa Cossu Giua	Rappresentante del volontariato o dell'associazionismo di tutela dei pazienti	<i>Luisa Cossu Giua</i>
Dott.ssa Caterina Chillotti	Farmacologo	<i>Caterina Chillotti</i>
Dott.ssa Maria Teresa Galdieri	Farmacista del SSN	<i>Maria Teresa Galdieri</i>
Dott.ssa Francesca Ibba	Rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessate alle sperimentazioni	<i>Francesca Ibba</i>
Dott. Sandro Lochè	Clinico	<i>Sandro Lochè</i>
Dott. Luigi Minerba	Biostatistico	<i>Luigi Minerba</i>
Dott. Salvatore Pisu	Esperto in biotecnica	<i>Salvatore Pisu</i>
Dott. Pier Paolo Pusceddu	Pediatra	<i>Pier Paolo Pusceddu</i>
Dott. Luigi Salvatore Giuseppe Scerchi	Sostituto permanente Direttore Sanitario AOU Cagliari (in relazione agli studi svolti nella AOU Cagliari)	<i>Luigi Salvatore Giuseppe Scerchi</i>
Dott. Francesco Ronchi	Esperto di dispositivi medici	<i>Francesco Ronchi</i>
Dott. Francesco Scarpa	Medico di medicina generale	<i>Francesco Scarpa</i>
Dott. Tonio Sollai	Clinico	<i>Tonio Sollai</i>
DIRETTORI SANITARI		
Dott. Sergio Laconi	Sostituto permanente Direttore Sanitario ASL8 di Cagliari (in relazione agli studi svolti nella ASL8)	<i>Sergio Laconi</i>
Dott.ssa Marinella Spissu	Sostituto permanente Direttore Sanitario AOB di Cagliari (in relazione agli studi svolti nella AOB)	<i>Marinella Spissu</i>
Dott. Silvio Muggetti	Direttore Sanitario ASL7 (in relazione agli studi svolti nella ASL7)	<i>Silvio Muggetti</i>
ESPERTI		
Prof. Carlo Carcassi	Esperto in genetica in relazione agli studi di genetica	<i>Carlo Carcassi</i>
Segreteria Scientifica C.E.I.	Dott.ssa Caterina Chillotti - Farmacologa - responsabile Segreteria	<i>Caterina Chillotti</i>
Segretario verbalizzante	Dott.ssa Sabrina Chibert	<i>Sabrina Chibert</i>

Sede Legale:
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari
P.I. e C.F. 03108560925

Contatti:
Segreteria Tecnico Scientifica
tel. 0706092547 - 0706092262 fax 0706092262
Web: www.aouca.it/home/it/comitato_etico page

Web: www.aouca.it - www.aoucagliari.it
facebook.com/Aoucagliari
twitter.com/AOUCagliari
Youtube: Aou Cagliari Tv



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI

COMITATO ETICO INDIPENDENTE
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
P.O. San Giovanni di Dio: via Ospedale 54 - 09124 Cagliari
Segreteria Tecnico Scientifica
tel: 0706092547 - 0706092262 - fax 0706092262
Web: www.aouca.it/home/it/comitato_etico_psgu

Allegato A1

SCHEDA INFORMATIVA PER LA RICHIESTA DI PARERE

Titolo dello Studio: Adattamento culturale Della CARING EFFICACY SCALE E L e Esperienze Degli Infermieri Italiani

Responsabile della ricerca: Cesar Ivan Aviles Gonzalez

Unità Operativa: Anestesia e Rianimazione San. Giovanni Di Dio N° Tel: 0706092442

Collaboratori: 1. Maria Rita Pinna

2. Valeria Massidda

La ricerca si effettua su:
Adulti

Tipo di studio osservazionale e qualitativo

Viene richiesto a questo C.E. PARERE UNICO?

si

E' stata inviata la quota per i diritti di segreteria?

no

Tempo previsto per il progetto: 3 anni

Il progetto è stato inviato all'ufficio di segreteria del C.E. Il: 11 febbraio 2016

Comunica che:

- i benefici che si attendono dalla ricerca sono proporzionali agli impegni organizzativi ed economici che la ricerca richiede
 - dichiara sotto la sua responsabilità:
 - che l'impegno orario che verrà dedicato allo studio è pari a 6 (sei) ore settimanali che verranno svolte al di fuori dell'orario di servizio,
 - che non esistono oneri accessori,
 - che il personale coinvolto nella sperimentazione è competente,
 - i locali e le attrezzature sono idonei,
 - che verrà segnalato tempestivamente per iscritto alla direzione sanitaria e al Comitato Etico
- Indipendente, qualsiasi evento grave o inaspettato insorto durante lo studio,
- che verrà segnalato entro 5 giorni il termine, la sospensione, o la rinuncia allo studio,
 - che verrà inviata appena disponibile, copia della relazione finale e della pertinente pubblicazione,
 - che verranno conservate per 7 anni, a propria cura, copia della documentazione predisposta dallo sponsor.

Data 11/febb/2016
Firma dello Sperimentatore

Sede Legale:
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari
P.I. e C.F. 03108580925

Web: www.aouca.it - www.aoucagliari.it
[facebook.com/Aoucagliari](https://www.facebook.com/Aoucagliari)
twitter.com/AOUcagliari
 Youtube: Aou Cagliari Tv



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI

COMITATO ETICO INDIPENDENTE
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
P.O. San Giovanni di Dio: via Ospedale 54 - 09124 Cagliari
Segreteria Tecnico Scientifica
tel. 0706092547 - 0706092262 - fax 0706092262
Web: www.aouca.it/home/it/comitato_etico_page

Allegato M1

Esami clinico-laboratoristici, strumentali e trattamenti extraroutinari (studio spontaneo)

Lo Sperimentatore:

Dell'Unità Operativa:

Chiede l'approvazione dello studio NON sponsorizzato dal titolo: *Adattamento culturale scuola CES versione ITALIANA*
Codice Prot. (o acronimo) dello Studio:

Data *3-APRILE 2016*

B) NON SPONSOR

In considerazione di quanto previsto dal D.L. n.211 del 24 giugno 2003 sulle sperimentazioni cliniche, articolo 20, paragrafo 2: ".....nessun costo aggiuntivo, per la conduzione e la gestione delle sperimentazioni di cui al presente decreto deve gravare sulla finanza pubblica" e considerato che, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale vengono condotte sperimentazioni cliniche senza finalità di lucro, ma finalizzate al miglioramento della pratica clinica e come tali parte integrante dell'assistenza sanitaria, come previsto dal DL 17/12/2004 pubblicato in GU N.43 del 22/02/2005.

Si chiede allo sperimentatore di dichiarare quanto segue.
Gli esami previsti dal protocollo di studio sono effettuati presso:

- Laboratorio centralizzato se multicentrica
- Struttura di appartenenza

Specificare, se gli esami da effettuare presso la Struttura di appartenenza, sono stati portati all'attenzione della Direzione Sanitaria e Amministrativa per quanto di competenza

- SI *In data*

Nell'ambito dello studio verranno eseguiti presso la Struttura gli esami di laboratorio previsti dal Protocollo in esame (allegare dettaglio esami):

- 1)
- 2)

Nell'ambito dello studio verranno eseguiti presso la Struttura gli esami strumentali previsti dal Protocollo (allegare dettaglio esami):

- 1)
- 2)

Gli esami sopra indicati verranno eseguiti dal Personale specializzato delal di fuori dell'orario di servizio e non saranno previsti costi aggiuntivi.

Come previsto dal DL 17/12/2004 "Le eventuali spese aggiuntive, comprese quelle per il farmaco sperimentale, qualora non coperte da fondi di ricerca ad hoc, possono gravare sul fondo di cui al comma 3 nei limiti delle risorse finanziarie della struttura competente e nel rispetto della programmazione economica della stessa (art. 2 comma 2)".

Si chiede allo sperimentatore di dichiarare la provenienza dei fondi necessari allo svolgimento dello studio.

-

Data *3-APRILE 2016*

Lo Sperimentatore: *Così Juan Dujflos Cp*

Sede Legale:
Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari
P.I. e C.F. 03108560925

Web: www.aouca.it - www.aoucagliari.it
Facebook: [facebook.com/Aoucagliari](https://www.facebook.com/Aoucagliari)
Twitter: twitter.com/AOUCagliari
Youtube: [Aou Cagliari Tv](https://www.youtube.com/AouCagliari)

Anexo 4 Esperienza de tres meses en la universita degli studi di Cagliari



Università degli Studi di Cagliari
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Il Presidente: Prof. Gabriele Finco

Direzione

Monserrato, 25 luglio 2019

Oggetto: Certificate of internships in research at the Università degli Studi di Cagliari, Italy

I certify that the PhD student in Nursing and Health, Cesar Ivan Aviles Gonzalez, at University of Rovira I Virgili Tarragona in Spain, born in Colombia on April 5, 1983 with identity document number AS3159538, attended an internships working in the area of Research with Prof. Maura Galletta, professor of Nursing, for three months from February 1, 2019 to April 30, 2019.

In faith,

Prof. Gabriele Finco

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. Finco', written over a horizontal line.



Dean of the Faculty of Medicine and Surgery of the University of Cagliari

Anexo 5 Versión original (ingles) de la CES

CARING EFFICACY SCALE

Coates (Copyright)
30 items

Please contact Dr. Carolie Coates, 1441 Snowmass Court, Boulder, Colorado 80305 USA for permission and scoring information. Email: coatescj@comcast.net tel. and fax: 303-499-5756 <http://www.caringefficacyscale.com>

Instructions: When completing these items, think of your work in clinical settings and/or similar experiences. Complete the following scale based on your work with clients or patients. Please indicate your degree of agreement with each item. (Circle the number which best expresses your opinion.)

Rating Scale:

-3 strongly disagree	+1 slightly agree
-2 moderately disagree	+2 moderately agree
-1 slightly disagree	+3 strongly agree

ITEMS	-3	-2	-1	1	2	3
I do not feel confident in my ability to express a sense of caring to my clients/patients.						

2. If I am not relating well to a client/patient, I try to analyze what I can do to reach him/her.						
3. I feel comfortable in touching my clients/patients in the course of care giving.						
4. I convey a sense of personal strength to my clients/patients						
5. Clients/patients can tell me most anything and I won't be shocked.						
6. I have an ability to introduce a sense of normalcy in stressful conditions.						
7. It is easy for me to consider the multi-facets of a client's/patient's care, at the same time as I am listening to them.						
8. I have difficulty in suspending my personal beliefs and biases in order to hear and accept a client/patient as a person						
9. I can walk into a room with a presence of serenity and energy that makes clients/patients feel better.						
10. I am able to tune into a particular client/patient and forget my personal concerns.						
11. I can usually create some way to relate to most any client/patient.						
12. I lack confidence in my ability to talk to clients/patients from backgrounds different from my own.						
13. I feel if I talk to clients/patients on an in-						

11. Anexos

dividual, personal basis, things might get out of control.						
14. I use what I learn in conversations with clients/patients to provide more individualized care.						
15. I don't feel strong enough to listen to the fears and concerns of my clients/patients.						
16. Even when I'm feeling self-confident about most things, I still seem to be unable to relate to clients/patients.						
17. I seem to have trouble relating to clients/patients						
18. I can usually establish a close relationship with my clients/patients.						
19. I can usually get patients/clients to like me.						
20. I often find it hard to get my point of view across to patients/ clients when I need to.						
21. When trying to resolve a conflict with a client/patient, I usually make it worse.						
22. If I think a client/patient is uneasy or may need some help, I approach that person.						
23. If I find it hard to relate to a client/patient, I'll stop trying to work with that person.						
24. I often find it hard to relate to clients/patients from a different culture than mine.						

<p>25. I have helped many clients/patients through my ability to develop close, meaningful relationships.</p>						
<p>26. I often find it difficult to express empathy with Clients/patients.</p>						
<p>27. I often become overwhelmed by the nature of the problems clients/patients are experiencing.</p>						
<p>28. When a client/patient is having difficulty communicating with me, I am able to adjust to his/her level.</p>						
<p>29. Even when I really try, I can't get through to difficult clients/patients.</p>						
<p>30. I don't use creative or unusual ways to express caring to my clients/patients.</p>						

Anexo 6 Publicaciones derivadas de la investigación

**I J P
D T M**

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA
SIMEDET
diagnostica e terapeutica

"organo ufficiale della"
**SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA
DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA**

www f t

VOLUME 2 - NUMERO 2
2019

**Italian Journal of Prevention,
Diagnostic and Therapeutic Medicine
(IJPDTM)**

Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine
IJPDTM Vol.2, N°2, 2019. For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2019 Simedet. All rights reserved.

COME POSSO ADATTARE CULTURALMENTE UNA SCALA ? ESPERIENZA CON LA CARING EFFICACY SCALE AL CONTESTO ITALIANO

Cesar Ivan Aviles Gonzalez¹, Maria Valeria Massidda², Maria Rita Pinna³,
Maura Galletta⁴, Maria Francisca Jimenez Herrera

ABSTRACT

The advance of technology and administrative processes in healthcare systems has led to dehumanized attention with business objectives of efficiency, effectiveness and effectiveness, giving priority to the latter rather than being. The nursing as essence is in the care based on human relationships.

OBJECTIVE: share the experience of cultural adaptation to the Italian context of Caring Efficacy scale (CES).

METHOD: was developed in 5 steps direct translation, translation synthesis, retro translation, review of a committee of experts and finally a pre test.

RESULTS: some discrepancies have been presented as for example: with the terms “care” to the Italian context that can be translated as *ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRENDERE CURA COMPITI DI CURA*

CONCLUSIONS: the caring Efficacy scale is culturally translated, adapted and validated, it becomes a useful tool that will help Italian-speaking nurses in their context, and will also identify strengths and weaknesses in order to improve care.

The theory of human caring Jean Watson demonstrates once again how it can be extrapolated through the scientific method consolidating its validity in the context of caring based on humanization

INTRODUZIONE

L caring, considerando la prospettiva umana è il fondamento dell'infermieristica, esso si basa su relazioni di autenticità tra il paziente, l'infermiere e il familiare⁽¹⁾.

Una delle teorie che maggiormente sostiene questo orientamento è la teoria dello “human caring” di Jean Watson, la quale prevede dieci⁽¹⁰⁾ “caritas processes” per promuovere una assistenza infermieristica integrale⁽²⁾.

La teoria della Watson, dimostra come avere cura del paziente, mediante l'interazione infermiere-paziente, espressa attraverso la dignità umana, i valori, la volontà e l'impegno per la conoscenza delle azioni e le relative conseguenze.

Per questo motivo, lo studio e l'applicazione della teoria, forniscono validi strumenti per il dibattito e contemporaneamente fungono da stimolo per un'assistenza più umana⁽²⁾⁽³⁾.

Per poter misurare e mettere in pratica la “human caring”, sono necessari degli strumenti che si avvicinano al fenomeno oggetto di studio.

La teorica Jean Watson, negli anni di ricerca e di esperienza professionale, ha scritto un libro denominato “Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences” nel quale, si trovano diverse scale che permettono di

¹ Dottore magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, infermiere SC Anestesia e rianimazione, docente

² RN BN MS.c Coordinatrice della U.O. anestesia e rianimazione au Cagliari staff coordinamento del cdI infermieristica

³ Dottore magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, Direttore SC delle professioni sanitarie, coordinatore attività professionalizzante cdI infermieristica

⁴ Ricercatrice tipo B med/45 uncagliari

Parole chiave:
Infermieristica, adattamento culturale, Scala di autoefficacia

Keywords:
Nursing, Cultural adaptation, Caring efficacy scale

This article was published on June 24, 2019, at SIMEDETEU.

doi.org/10.30459/2019-12
Copyright © 2019 SIMEDET.

interpretare molti aspetti della teoria ⁽⁴⁾⁽³⁾.

La scala che misura l'autoefficacia degli infermieri, nel promuovere assistenza per le persone è chiamata "Caring Efficacy Scale" ⁽⁴⁾, è stata creata nel 1992 dall'infermiera Carolie Coates ⁽⁵⁾, composta da 30 domande auto compilative tipo Likert che vanno da -3 a fortemente in disaccordo completamente d'accordo in base a +3 elementi ⁽⁶⁾; Coates afferma che l'autoefficacia, in infermieristica è una connessione tra le credenze umane e comportamentali, in un ambiente determinato, rispettando gli aspetti e i punti di valutazione del caring.

Anche nella teoria di Bandura ⁽⁶⁾ si afferma che l'autoefficacia è il costrutto primario per un comportamento intermedio di conoscenza e azione ⁽⁷⁾.

La scala di Jean Watson, è stata utilizzata e adattata culturalmente in diverse parti del mondo. In particolare in Cile come adattamento culturale della "caring efficacy scale" versione spagnola ⁽⁸⁾⁽⁷⁾, negli Stati Uniti è stata utilizzata per valutare l'autoefficacia degli infermieri aventi la laurea magistrale ⁽⁹⁾⁽⁸⁾, mentre in Australia è stata utilizzata come test psicométrico per infermieri laureati ⁽¹⁰⁾⁽⁹⁾.

Nel contesto italiano, rivedendo la letteratura scientifica, ad oggi non esiste alcuno strumento in grado di misurare l'autoefficacia del caring in infermieristica.

Da qui rileva l'importanza di adattare culturalmente la "caring efficacy scale" alla realtà della lingua italiana, considerando che la lingua ufficiale non è parlata esclusivamente in Italia, ma anche in paesi come la Svizzera, lo Stato del Vaticano e San Marino, ⁽¹¹⁾.

Attraverso l'adattamento, si agevolerebbe la valutazione dell'autoefficacia nell'avere cura dei pazienti da parte degli infermieri in questi quattro paesi; ciò favorirebbe un'esperienza maggiormente approfondita nel contesto italiano ⁽¹⁰⁾, dove lavorano secondo l'ultimo rapporto dell'Unione europea più di 400 mila infermieri ⁽¹²⁾⁽¹¹⁾.

OBIETTIVO

Adattare culturalmente al contesto italiano la "caring efficacy scale".

METODO

Prima di iniziare l'adattamento culturale della "caring efficacy scale", si ha chiesto l'autorizzazione della dottoressa Carolie Coates per la versione italiana, grazie alla collaborazione della Teorista Jean Watson.

Successivamente, si ha tradotto la scala (caring Efficacy Scale) partendo dalla versione originale che è in lingua inglese americano, cercando di mantenere la struttura del questionario.

Lo scopo principale è stato quello di garantire che lo strumento risultante mantenesse inalterato l'equivalenza semantica, idiomatica, concettuale ed esperienziale al questionario originale. ⁽¹²⁾⁽¹³⁾

Nella ricerca della letteratura è emerso che sussiste un accordo comune su come sviluppare l'adattamento culturale ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾ ossia, raccomandare una sequenza di cinque passi ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾:

PRIMA FASE: PASSO TRADUZIONE DIRETTA

È stata eseguita una traduzione concettuale dello strumento dove hanno partecipato due traduttori di lingua madre italiana bilingue che non erano noti in precedenza, (VF) (RT).

Uno dei traduttori, ha raggiunto gli obiettivi e i concetti considerati nel questionario. Occorre sottolineare che il traduttore ha precedenti esperienze lavorative in traduzione tecnica di testi (VF).

L'altro traduttore (RT) ha formulato una traduzione corrispondente all'uso popolare identificando le difficoltà alla compressione dei termini tecnici.

**SECONDA FASE:
SINTESI DELLE TRADUZIONI**

Le traduzioni sono state confrontate e identificate dagli interpreti, successivamente le differenze emerse tra le versioni tradotte sono state discusse al fine di raggiungere un consenso unanime.

Il relativo rapporto del procedimento in cui si è sviluppata la versione sintesi nella lingua di destinazione (italiano).

**TERZA FASE:
RETRO TRADUZIONE**

La versione sintesi è stata retrò tradotta nella lingua originale (inglese) di due traduttori bilingue (SC) (ME) la cui lingua madre è l'inglese.

Gli interpreti hanno lavorato indipendentemente, senza conoscere preliminarmente l'argomento né gli obiettivi dello studio.

Gli interpreti hanno evidenziato una redazione difficoltosa, corredata da incertezze durante il processo di traduzione caratterizzata inoltre da incoerenze e importanti differenze semantiche e concettuali tra la versione inedita della scala e sintesi ottenuto nel passaggio precedente.

Quanto scritto sopra è stato poi verbalizzato in un rapporto da entrambi i traduttori.

**QUARTA FASE:
CONSOLIDAMENTO DA UN
COMITATO DI ESPERTI**

Si è tenuto un comitato multidisciplinare con i quattro interpreti esperti in lingua italiana e inglese che hanno lavorato sulle traduzioni: un esperto in metodologia (CA), e un infermiere italiano con un livello avanzato in inglese (PM).

L'obiettivo di questo comitato è stato quello di arrivare a un consenso di traduzione "pre- finale";

In questa fase sono state presentate le traduzioni

dirette (fase 1), la versione della sintesi (fase 2) e quella della retro -traduzione (fase 3).

Sono state identificate e discusse le discrepanze riscontrate è stato verificato che la versione pre-finale è pienamente comprensibile ed equivalente al questionario originale.

È stato riscontrato che il questionario pre-finale è comprensibile da un infermiere con una minima conoscenza della grammatica e della lingua italiana. In uno studio condotto in Italia sull' auto-efficacia nelle decisioni familiari ha implementato simile metodologia di adattamento culturale proposto in questo articolo.⁽¹⁸⁾

**QUINTA FASE:
PRE-TEST
(APPLICABILITÀ / FATTIBILITÀ**

La sua realizzazione ha permesso di valutare la qualità della traduzione, l' adattamento culturale, l'applicabilità e la fattibilità del questionario.

Ha inoltre consentito il calcolo se il tempo per compilare è entro limiti ragionevoli, che in questo caso sono circa 20 minuti, ricercatori in altri studi hanno eseguito pre test d'applicazione^{(19) (20)}.

Sulla base di una revisione della letteratura di adattamenti culturali raccomandano fare questo fase (pre-test) con persone di diversi livelli d'istruzione, pero in questo caso sono infermieri con diversi tipo di formazione accademica.^{(21) (22) (23)}

Gli infermieri che partecipano per completare la versione consolidata di "Caring efficacy scale" sono stati invitati a presentare le osservazioni scritte sullo stesso documento qualunque aspetto che ha potuto complicare la compressione, comunque non sono state identificate inconvenienti per la compressione.⁽²⁴⁾

METODO

Lo studio è stato rivisto valutato e accettato dal comitato etico della sezione regione meridionale della Sardegna con sede all'Ospedale San Giovanni di Dio nella città di Cagliari, Italia.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Al momento della traduzione dall'inglese all'italiano sono sorte delle discrepanze a livello semantico mentre la traduzione di ritorno da (SC) ha rilevato errori di lessico e di sintassi nella traduzione italiana.

Per esempio il termine "cura", che in italiano si traduce come "cura" al momento della traduzione di ritorno è stato interpretato come "trattamento".

Il termine "cura" è difficile da tradurre in italiano, si può comunque cercare di proporre una interpretazione, quale ad esempio "Assistenza infermieristica", "compiti di cura" "avere cura".

L'altra situazione in cui si sono verificate alterazioni al momento della traduzione riguardano la parola "parzialmente" al fare la retro traduzione all'inglese traduce come "partly" ma la versione originale in inglese è "slightly", pertanto l'interpretazione più accurata del termine è "leggermente" per differenziare meglio "Moderatamente".

In altre esperienze di adattamento culturale con la lingua italiana sono stati presentate ulteriori differenze linguistiche ^{(25) (26) (27) (18)}.

Si sottolinea inoltre che al momento della definizione del questionario finale con il comitato, nella domanda numero 7, il termine "sfaccettature" è stato sostituito con "Molteplici Aspetti".

L'espressione è stata proposta dall'infermiera che ha preso parte alla creazione della versione definitiva della scala.

Alla domanda numero 13, la parola "percepisco" è stata modificata con il termine "ho la sensazione"; nella domanda 19 è stata modificata la frase "di solito riesco a farmi piacere" per la frase "Riesco a fare in modo di piacere". Altre rettifiche sono state poste poi sulla domanda 25, dove "significative relazioni" è stata modificata in "relazioni strette e significative";

nella domanda 26, il termine "Complicato" è stato sostituito da "ho difficoltà".

L'ultima tappa è stata sottoposta a una revisione finale da parte tre infermieri.

Il primo è un professore di infermieristica presso una Università italiana con un master in ricerca infermieristica, il secondo con laurea magistrale in scienze infermieristiche e di coordinamento nella formazione esperienza nell'ambito oncologico.

L'ultimo collega esperto in pronto soccorso con laurea magistrale in scienze infermieristiche, hanno analizzato il documento finale con metodo cieco; .

In quali hanno acconsentito avere Validità, questo concetto stabilisce la capacità del questionario per misurare questo costruito per cui è stato progettato ^{(28) (29)} può essere determinato per tutti o solo una delle sue quattro dimensioni: validità apparente o logica, contenuto, criterio e costruito.

È stato deciso di utilizzare la validità apparente o la logica e il contenuto. Il che si riferisce al grado in cui un questionario, secondo gli esperti e gli utenti, le misure logicamente quello che si vuole misurare. ⁽³⁰⁾⁽²⁹⁾

Quando manca di validità apparente o di logica, le persone che rispondono la scala possono non comprendere il rapporto tra le domande che sono state poste e l'oggetto per il quale hanno accettato di rispondere.

Ciò potrebbe causare confusione tra i partecipanti, nel caso del Caring efficacy Scale. non sono stati rilevati questo tipo di inconvenienti, tuttavia questa dimensione di validità è stata valutata al momento della sua progettazione.

Validità di contenuto: costrutti sono spesso composti di varie dimensioni. validità di contenuto è la misura in cui l'istrumento è in grado di misurare la maggior parte delle dimensioni del costruito. ^{(29) (28) (30)}

Un questionario con un elevato livello di validità

soddisfa quello che definisce tutte le dimensioni relative al costruito in studio.

In questo caso, la sua valutazione è stata effettuata completamente attraverso la valutazione delle voci del questionario su un campione rappresentativo di 30 infermieri provenienti da diverse aree di lavoro dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari Italia e :livello di istruzione, in base nei giudizi dei partecipanti , l'opinione dell'autrice della scala e l'analisi eseguito dal comitato di traduzione e validazione .

RISULTATI E DISCUSSIONE

La traduzione, l'adattamento culturale e la validazione fanno parte di un processo complesso che richiede tempo e dedizione, ma se viene pianificato e condotto da un rigoroso metodo scientifico, diventa un prezioso strumento abbinato alla versione originale, se si commette un errore o di oviare creare un passaggio potrebbe portare a conseguenze sulla misura dell'oggetto in fase di studio.^{(14) (30)}

Se la La caring Efficacy è tradotta culturalmente, adattata e convalidata, diventa un utile strumento che aiuterà nel loro contesto gli infermieri italo parlanti , permetterà inoltre di identificare i punti di forza e di debolezza, al fine di migliorare l'assistenza. Essa può essere solo uno strumento di grande aiuto per misurare l'efficacia dei futuri infermieri in formazione universitaria e adottare misure per il miglioramento⁽³¹⁾

La teoria del human caring Jean Watson dimostra ancora una volta come può essere estrapolata attraverso il metodo scientifico consolidando la sua validità nel contesto del caring in base alla umanizzazione^{(32) (33) (34)}

BIBLIOGRAFIA

1. Kay Hogan B. *Caring as a scripted discourse versus caring as an expression of an authentic relationship between self and other. Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2013;34(5):375-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23663025>
2. 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(1):129-35
3. Chantal CARA louise O. *s'approprier la theorie du human caring de jean watson par la pratique reflexive lors d'une situation clinique. RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS N 95. MONTREAL;* 2008;37-45
4. Watson J. *chapter 14 caring efficacy scale. In: Springerpub, editor. assessing and measuring caring in nursing and health sciences. second edi. 2009. p. 163-70*
5. Carolie C. *The Caring Efficacy Scale: Nurses' Self-Reports of Caring in Practice Settings. Adv Pract Nurs Quarterly/* [Internet]. 1997;3(1):53-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/9485781/>
6. coates carolie. <http://www.caringefficacyscale.com/bio.html> [Internet]. caring efficacy scale. Available from: <http://www.caringefficacyscale.com/index.html>
7. Bandura A. *Bandura Self-efficacy defined. Encyclopedia of Human Behavior* [Internet]. 1994. p. 71-81. Available from: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>
8. Poblete-Troncoso MDC, Valenzuela-Suazo SV, Merino JM. *Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. Aquichan. BOGOTÁ;* 2012;8-21
9. Efforts E, Build TO, Base AS, Caring FOR, Nursing IN, Focused H, et al. *of Baccalaureate Nursing Students. 2(December 2003):5-9*
10. Reid C, Courtney M, Anderson D, Hurst C. *The "caring experience": Testing the psychometric properties of the Caring Efficacy Scale. Int J Nurs Pract. Wiley-Blackwell;* 2015 Dec 1;21(6):904-12
11. ministero degli affari steri. *stati generali della lingua italiana nel mondo* [Internet]. october. 2016. Available from: http://www.esteri.it/mae/it/politica_estera/cultura/promozionelinguaitaliana/stati_generali_lingua_italiana.html
12. Enfermeria CG De. *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea* [Internet]. Consejo General de Enfermería. MADRID; 2013. Available from: www.consejogeneralenfermeria.org/

13. Galletti L, Benedetti MG, Maselli S, Zanoli G, Pignotti E, Iovine R. Rehabilitation Complexity Scale: Italian translation and transcultural validation. *Disabil Rehabil* [Internet]. Informa UK Ltd; 2016;38(1):87-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25875050>
14. Alexandre NMC, Guirardello E de B. [Cultural adaptation of instruments utilized in occupational health]. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2002 Feb;11(2):109-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11939113>
15. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2011;34(1):63-72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21532647>
16. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 2000 Dec;25(24):3186-91. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00007632-200012150-00014>
17. Sousa VD, Rojanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011. p. 268-74
18. Limardi S, Rocco G, Stievano A, Vellone E, Valle A, Torino F, et al. Cultural adaptation and linguistic validation of the Family Decision Making Self Efficacy Scale (FDMSES). *Ann Ig*. 2014;26(4):355-66
19. Gallasch CH, Alexandre NMC, Amick B. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the work role functioning questionnaire to Brazilian Portuguese. *J Occup Rehabil*. 2007 Dec;17(4):701-11
20. Durand MJ, Vachon B, Hong QN, Loisel P. The cross-cultural adaptation of the DASH questionnaire in Canadian French. *J Hand Ther*. 2005 Jan;18(1):34-9
21. Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing*. 2004. p. 175-86
22. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal*. 2005 Mar;8(2):94-104
23. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Heal*. 2008 May;11(3):509-21
24. de Soárez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB, Ciconelli RM. [Translation into Brazilian Portuguese and validation of the Work Limitations Questionnaire]. *Rev Panam salud pública = Pan Am J public Heal* [Internet]. 2007 Jul;22(1):21-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17931484>
25. Chiarotto A, Vanti C, Ostelo RW, Ferrari S, Tedesco G, Rocca B, et al. The Pain Self-Efficacy Questionnaire: Cross-Cultural Adaptation into Italian and Assessment of Its Measurement Properties. *Pain Pract*. Blackwell Publishing Inc.; 2015 Nov 1;15(8):738-47
26. d'Annunzio G, Gialetti S, Carducci C, Rabbone I, Presti D Lo, Toni S, et al. Italian translation, cultural adaptation and validation of the PedsQL 3.0 Diabetes Module questionnaire in children with type 1 diabetes and their parents. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12(115):10
27. Monticone M, Ferrante S, Salvaderi S, Rocca B, Totti V, Foti C, et al. Development of the Italian version of the knee injury and osteoarthritis outcome score for patients with knee injuries: Cross-cultural adaptation, dimensionality, reliability, and validity. *Osteoarthritis Cartil*. 2012 Apr;20(4):330-5
28. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2010 Jul;63(7):737-45
29. Aday LA, Cornelius LJ. *Designing and Conducting Health Surveys: A Comprehensive Guide, Third Edition* [Internet]. Jossey-Bass. 2006. 1-517 p. Available from: <http://books.google.com/books?id=wLZRfYrbcC&pgis=1>
30. García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatología Clínica*. 2009. p. 171-7
31. SADLER J. A PILOT STUDY TO MEASURE THE CARING EFFICACY of Baccalaureate Nursing Students [Internet]. *Nursing Education Perspectives*. National League for Nursing; 2003. p. 295-9. Available from: <http://www.nlnjournal.org/doi/abs/10.1043/1094-2831%282003%29024%3C0295%3AAPSTMT%3E2.0.CO%3B2>
32. Watson J, Brewer BB. *Caring Science Research*. JONA J Nurs Adm [Internet]. 2015;45(5):235-6. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005110-201505000-00001>
33. Watson J. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. second ed. springerpub, editor. 2009. 368 p
34. Brewer BB, Watson J. *Evaluation of Authentic Human Caring Professional Practices*. J Nurs Adm [Internet]. 2015;45(12):622-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26502069>

RESEARCH ARTICLE

Cultural adaptation and psychometric validation of the Caring Efficacy scale in a sample of Italian nurses

Cesar Ivan Aviles Gonzalez^{1‡}, Maura Galletta^{2‡*}, Paola Melis³, Paolo Contu², Jean Watson⁴, Gabriele Finco^{1‡}, Maria Francisca Jimenez Herrera^{5‡}

1 Anesthesia and Intensive Care Department, University of Cagliari, Monserrato, CA, Italy, **2** Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari, Monserrato, CA, Italy, **3** Pain Therapy Service, University of Cagliari, Cagliari, Italy, **4** Watson Caring Science Institute, Boulder, CO, United States of America, **5** Departament d'Infermeria, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain

‡ These authors contributed equally to this work.

‡ These authors also contributed equally to this work.

* maura.galletta@gmail.com



OPEN ACCESS

Citation: Aviles Gonzalez CI, Galletta M, Melis P, Contu P, Watson J, Finco G, et al. (2019) Cultural adaptation and psychometric validation of the Caring Efficacy scale in a sample of Italian nurses. PLoS ONE 14(5): e0217106. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217106>

Editor: Alvisa Palese, Università degli Studi di Udine, ITALY

Received: January 15, 2019

Accepted: May 3, 2019

Published: May 23, 2019

Copyright: © 2019 Aviles Gonzalez 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 Supporting Information files.

Funding: The authors received no specific funding for this work.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Abstract

Caring is the essence of nursing practice. Caring Efficacy scale was developed with the purpose of measuring nurses' perceived self-efficacy in orienting and maintaining caring relationships with patients. Since any instruments measuring caring self-efficacy have not been developed in Italy, the study aimed at culturally adapting and validating Caring Efficacy scale in a sample of Italian nurses. A total of 300 registered nurses were asked to fill a self-reported questionnaire; translation-back-translation procedure was carried out to maintain semantic, idiomatic and conceptual equivalence of the original scale. Then, factor analysis was performed in order to test appropriateness of the factor structure. Convergent and discriminant validity was also tested. A two-factor structure with 17 items was found. Results show that Cronbach's Alpha value was 0.84 for Confidence to Care, and 0.75 for Doubts and Concerns. Correlation analysis for convergent and discriminant validity showed that Confidence to Care was positively correlated with sense of coherence and no significant correlation with Doubts and Concerns was found. Caring efficacy scale can be used by nurse managers as a way of assessing nurses' self-efficacy and their caring orientation, thus improving quality of patient care.

Introduction

Caring is the essence of nursing practice and it is based on building an authentic relationship between nurses, patients and patients' families [1]. Watson's human caring theory better explains this concept [2–6]. According to Watson, human caring can be defined as the intensity of person-to-person relationship aiming at helping patients to maintain human dignity by achieving a wholeness of mind, body, and soul [5]. Her theory emphasizes the humanity of nursing because it promotes health better than simple medical cures [3]. Non-caring models are more task-oriented than psychological and social aspects; these models can lead to patient dissatisfaction as a main threat to quality care [7]. Watson's theory was used in different fields

of nursing [8,9]. This suggests that it is necessary to address and assess nurses' caring experience to improve their awareness, as well as their caring outcomes [10].

Caring measures have already been developed and grounded by several studies in the Italian culture (see [11–15]). However, these validated instruments specifically refer to perceived caring behaviour [14,15] and to perceptions related to the dimensions of caring [11,13] in nurses and patients. Although these studies represent an important basis for caring research, any specific instruments providing for the measurement of self-reported caring competence cannot be found in the Italian nursing context. As caring efficacy can both improve patient satisfaction [16] and workers wellbeing [17], measuring nurses' caring efficacy would allow for the development of strategies that could to reduce any weaknesses, thus helping nurses to better meet the actual needs of hospital patients, as well as to improve their care strategies.

As a result, by following on Watson's theory, this study aimed at culturally adapting and validating Caring Efficacy Scale in Italy by testing psychometric properties of Coates's original scale [18].

Literature review

On the basis of on Watson's theory and Bandura's self-efficacy theory [19], Coates [18] developed the Caring Efficacy Scale (CES). CES was developed as a tool for the measurement of nurses' caring experience, including nurses' abilities, attitudes and cognitions in establishing a caring relationship. The scale assesses the nurses' perceived self-efficacy in conveying caring orientation and in reinforcing a therapeutic relationship with patients. In Italian context, several tools measuring human caring are available, such as Care-Italy questionnaire [13] and Caring Behavior Inventory (CBIIta). These tools analyse caring by considering different factors: patients' surveillance, professional relationships with patients, satisfying patients' and family members' practical and psychological needs, team consultation, and nurses' emotions. However, nurses' caring competencies are not included in these measurements. By taking this factor into account, Coates' CES appears to be the most appropriated tool. The original scale included 46 items measuring caring attitudes, skills and behaviours by using a six-point Likert scale. The current version totally includes 30 items and is balanced both for positive and negative items. The sense of efficacy in establishing caring relationships with patients is considered as the main factor of the scale. The original scale had a good internal consistency (Cronbach's Alpha value of .857). Successively, the scale was validated in Chile by Carmen Poblete-Troncoso et al. [20]. The authors found a three-factor structure: the first factor reflected the caring self-efficacy dimension and accounted for the most part of variance. The other two factors did not represent distinct dimensions, but they just captured the inverted items of the tool thus ratifying a one-factor structure of the scale. More recently, in their Australian validation Reid and his colleagues [21] revealed a two-factor structure that correspond to the positively and negatively worded items of the original scale. The two sub-dimensions were called *Confidence to Care*—namely confidence and ability to relate and care for patients—and *Doubts and Concerns*—a person's uncertainty about his/her ability to relate and care for patients. In addition to Australia and Chile countries, CES has been used in United States [22] and its reliability has been therefore sufficiently demonstrated. Some studies have highlighted positive relationships with clinical competence [18]. Hence, the ability to develop and maintain caring relationships with patients is a crucial aspect in the current nursing practice [23].

Testing convergent and discriminant validity

The Caring Efficacy Scale was developed on self-efficacy theory [19,24], which refers to beliefs in one's own capabilities to organize resources and execute courses of action to meet

situational demands. In nursing, this sense of control can influence an individual's ability to build up caring relationships with patients [18]. A recent study in the field has found that self-efficacy is positively correlated to the individual sense of coherence [25]. Sense of coherence (SOC) is an important source of self-efficacy and protection for human health [26]. SOC includes three components: comprehensibility, manageability, and meaningfulness [27]. Comprehensibility represents the cognitive component and can be defined as the extent to which individuals have confidence that life events are understandable and make sense to them. Manageability is the behavioural component, and represents the extent to which individuals have available resources to face situational demands. Meaningfulness is the motivational component and refers to the extent to which individuals are worthy of taking actions on demands, which make sense in their lives from an emotional perspective. However, Antonovsky [26] highlights the indivisibility of the construct. Literature indicated that SOC is a global orientation that conveys a feeling of trust about an individual's ability to use cognitive, emotional, and instrumental strategies to cope with daily difficulties [28]. Individuals with high levels of sense of coherence better cope with difficult situations and environments [29,30]. Studies in nursing context showed that nurses' sense of coherence had a positive correlation with professional functioning [31,32]. These findings denote that SOC can be considered as an individual's self-efficacy measure. By following these premises, it is likely that sense of coherence will be associated with caring efficacy in nurses.

Study aim

The aim of the study was to culturally adapt, and validate the Caring Efficacy Scale by testing psychometric properties in a sample of Italian nurses.

Methods

Setting

The research involved nurses from a University hospital in Southern Italy where students of nursing, medicine and other health care professions are trained. This hospital includes more than 360 beds with more than 400 clinical nurses.

Procedure

On the basis of Watson's Human Care theory, we carried out the cultural adaptation of the Caring Efficacy Scale by translation-back-translation procedure [33]. Guidelines for the translation, adaptation and validation of the scale were also followed [34] to maintain semantic, idiomatic and conceptual equivalence of the original questionnaire. Two bilingual linguistic experts and two Italian nurse academics translated the original questionnaire independently, from English into Italian. The translations were then compared and the main inconsistencies were identified and discussed. Some sentences were linguistically and culturally adapted. After reviewing, a unique Italian version of the questionnaire was created. Then, the Italian questionnaire was back-translated into English by another bilingual linguistic expert to assess equivalence. The back-translated version was then compared with the original questionnaire. After comparison, concepts and meanings were considered as understandable and highly equivalent. Once the final version of the Italian instrument was obtained, a pre-test involving 15 nurses was conducted to ensure further validity of the adapted questionnaire. The pre-test assessed quality of the translation, appropriate cultural adaptation, and feasibility of the instrument. Furthermore, it allowed the researchers to assess the time needed to fill in of the questionnaire, which should be within reasonable limits (i.e., 20 minutes) [35]. Nurses were invited

to give written recommendations to improve intelligibility of the items as well as of the graphic structure. After pre-test, minimal changes were made to wording and graphic aspects.

Participants and data collection

After approval from the hospital's medical Director, convenience sampling was used to select nurses from different wards. All nurses who were interested to take part in the study were recruited. Inclusion criteria were: being clinical nurses, working full-time or part-time in the hospital. Nurse managers were excluded from the survey because they do not have direct relationships with patients. In addition, nursing students were excluded because they are formally not considered as registered nurses.

The Italian version of the full questionnaire was administered in a printed format to 300 nurses in total during their working hours. Data collection was carried out in November 2017; participants were given 3 weeks to complete and return their questionnaire in locked boxes.

Tools

After obtaining the author's authorisation, the Caring Efficacy Scale by Coates [18] was used to evaluate the perceived ability to develop caring relationships with patients. The scale included 30 items with a 6-point response Likert- scale going from strongly disagree (-3) to strongly agree (+3).

In addition, the Sense of Coherence scale (SOC) developed by Antonovsky [36] in the validated Italian version by Sardu et al. [37] was used. The aim was to evaluate nurses' dispositional orientation to face stress and select the most appropriate coping style according to the situation. This version included 13 items with a 7-point Likert- scale.

Ethical considerations

This study was approved by the Independent Ethics Committee of the Azienda-Ospedaliero Universitaria di Cagliari, Italy. The study conforms to the ethical principles of the Declaration of Helsinki and to the Italian privacy law (Decree No. 196/2003). Written and oral information about the purpose of the study was given to each participant. Participation was voluntary and anonymous. All the nurses were informed that they could leave the survey at any time without consequences for their occupation. To preserve anonymity, verbal informed consent was obtained; the return of the completed questionnaire was considered as informed consent.

Data analysis

To perform construct analysis, parallel test [38] was used to determine the number of factors of the Caring Efficacy Scale, together with exploratory factor analysis (EFA) and maximum likelihood method with Varimax rotation. In a second step, the obtained factor structure was examined by means of a confirmatory factor analysis (CFA). Alternative models also were tested to assess construct validity.

The fits of the model were assessed by using Comparative Fit Index (CFI) [39], the Tucker Lewis Index (TLI) [40], the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) [41], and the RMSEA 90% confidence interval [42]. A good fit of the model was obtained when the values for the CFI and TLI were higher of .90 and the RMSEA values close to 0.08 [43,44]. Values smaller than 0.05 for RMSEA 90% confidence interval (CI) indicated very close fit [45]. Akaike's information criterion (AIC) also was used to compare the models. The model with the lowest AIC value was preferred. Internal consistency of the scale was examined via Cronbach's alpha (α). Convergent and discriminant validity also was tested by using a self-efficacy

measure such as SOC-13. In order to analyse mean values of the subscales, Likert scale values were converted from “-3 to +3” into “1 to 6”.

All the analyses were carried out by using SPSS software program 17.0 (SPSS: An IBM Company, Chicago, IL, USA) and AMOS 18.0 (Chicago, IL, USA).

Results

Characteristics of the participants

A total of 300 questionnaires were distributed. The response rate recorded at the end of the missing value analysis was 71.67%. Thus, the total sample included 215 nurses. Approximately 64% ($n = 136$ of 215) of the sample was women. The average age was 44.3 years (range = 22–63 years, $SD = 9.92$). About 69.8% ($n = 150$ of 215) of respondents have been working as nurse for more than 10 years, and 51.6% ($n = 111$ of 215) of the respondents declared to have a bachelor's degree. Almost the totality of the sample (89%, $n = 191$ of 215) have been working full time with a permanent work contract, and 64.7% ($n = 139$ of 215) have been working on at least two shifts (i.e., morning and afternoon).

Testing for factor structure and convergent and discriminant validity

In line with Reid et al. [21], parallel test indicated the presence of two factors whose eigenvalues were significantly greater than 1 ($p < .05$). Item analysis was performed to assess items that provided the best representation of the two dimensions of the Caring Efficacy Scale. We retained items loading on their own reference construct with a factor loading equal or higher than .40. After content analysis, seven items were kept for Confidence to Care sub-dimension. Ten items were kept for the sub-dimension called Doubts and Concerns about nurses' ability to develop caring relationships with patients. Items 8, 17, 21, 24, and 27 from Doubts and Concerns and items 2, 9, 14, 18, 19, 22, 25, and 28 from Confidence to Care were deleted because their factor loadings were lower than .40, or because they loaded at the same time on different factors. All the final 17 items loaded on their respective factors with factor loading ranging from .40 to .77. The two factors accounted for 35% of the variance. Inter-factor correlation indicated moderate correlations ($r = -0.19$) between the two factors. Communalities ranged from .23 to .58. The two-factor structure reflected the two mean dimensions of the Caring Efficacy Scale with a shortened measure (see Table 1 for all the items and the factor loadings).

Then, the two dimensions of the shorted version of 17 items were subjected to CFA. The fit of this model was good (Table 2). The two-factor structure of 17 items was compared with two alternative models. The first included (i) a two-factor model with all the 30 items (i.e., 15 items for Doubts and Concerns and 15 items for Confidence to Care dimensions) from the original scale. The second included (ii) a one-factor structure in which all the 17 items from the shorted version loaded into a common factor. The results showed that both the model (i) and model (ii) fitted data significantly worse than the two-factor model with 17 items: $\Delta\chi^2(\Delta df = 285) = 595.3$, $p < .001$; $\Delta\chi^2(\Delta df = 1) = 219.9$, $p < .001$, respectively (see Table 2 for fit indices).

Thus, the two-factor structure with 17 items was supported. Cronbach's Alpha value was 0.84 for Confidence to Care, and 0.75, for Doubts and Concerns. The overall Cronbach's Alpha for the scale was 0.75. These values are in line with those obtained by Reid et al. [21] and suggest a good reliability for the whole 17-item scale and their sub-dimensions. The mean value reported by nurses was 2.51 ($SD = 1.03$) for Doubts and Concerns, and 5.05 ($SD = .70$) for Confidence to Care.

Correlation analysis for convergent and discriminant validity showed that nurses' SOC was positively correlated with Confidence to Care of the caring efficacy scale ($r = .163$, $p < .05$)

Table 1. EFA results: Items and factor loadings for the two-factor structure of Care Efficacy Scale.

Item	Factor	
	Doubt and concerns	Confidence to care
15 I don't feel strong enough to listen to the fears and concerns of my clients/patients	.774	.182
29 Even when I really try, I can't get through to difficult clients/patients	.682	.199
26 I often find it difficult to express empathy with clients/patients	.627	.043
16 Even when I'm feeling self-confident about most things, I still seem to be unable to relate to clients/patients	.623	.101
23 If I find it hard to relate to a client/patient, I'll stop trying to work with that person	.595	.093
13 I feel if I talk to clients/patients on an individual, personal basis, things might get out of control	.583	.090
12 I lack confidence in my ability to talk to clients/patients from backgrounds different to my own	.570	.106
20 I often find it hard to get my point of view across to patients/clients when I need to	.561	.193
1 I do not feel confident in my ability to express a sense of caring to my clients/patients	.490	.215
30 I don't use creative or unusual ways to express caring to my clients/patients	.442	.085
11 I can usually create some way to relate to most any client/patient	-.266	.682
10 I am able to tune into a particular client/patient and forget my personal concerns	-.287	.682
7 It is easy for me to consider the multi-facets of a clients/patients care, at the same time as I am listening to them	-.153	.595
4 I convey a sense of personal strength to my clients/patients	-.276	.581
3 I feel comfortable in touching my clients/patients in the course of care giving	-.259	.527
6 I have an ability to introduce a sense of normalcy in stressful conditions	-.214	.440
5 Clients/patients can tell me almost anything and I won't be shocked	-.061	.396
Cronbach's Alpha	(.75)	(.84)

N = 215

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217106.t001>

and there was no evidence for a significant correlation with Doubts and Concerns ($r = -.115$, $p > .05$).

Discussion

This study aimed at performing cultural adaptation and validation of the Caring Efficacy Scale in a sample of Italian nurses, on the basis of Watson's Human Caring Theory [2]. The analysis

Table 2. Fit statistics of the hypothesized and the alternative models for the Mediterranean countries.

Model	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% CI	AIC
Two-factor model of 17 items	187.9	116	.925	.912	.054	.039, .068	261.93
Alternative model (i)	783.2	401	.797	.779	.067	.060, .074	911.24
Alternative model (ii)	407.8	117	.698	.649	.108	.097, .120	479.84

$p < .05$.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217106.t002>

of psychometric properties of the scale appears to be important because good caring relationships can improve patient satisfaction [16] and workers wellbeing [17]. In addition, no instrument measuring nurses' perceived self-efficacy to convey a caring orientation and develop caring relationships with patients has been developed in the Italian language so far. In line with Reid et al. [21], results show a two-factor structure representing nurses' Confidence to Care and Doubts and Concerns about their ability to develop caring relationships with patients. Nevertheless, cultural aspects could have influenced the intelligibility of some items. After a content analysis, seven items out of fifteen were kept for the Confidence to Care sub-dimension, and 10 out of fifteen items were kept for Doubts and Concerns. The deleted items (i.e., 8, 17, 21, 24, and 27) for Doubts and Concerns referred to different relationship problems with patients due to personal prejudices, conflicts, and to different culture of patients. Item 8 was too long and difficult to interpret, while items 17 and 27 were too general: they lacked of specific circumstances/problems. Item 21 was ambiguous because it implied that in front of a conflict, nurses did something to solve it. Finally, item 24 referred to relationship problems with patients of a different culture. It is likely that the recruited nurses did not experience similar problems because the percentage rate of foreign patients in the study hospital is less than 3%. As for Confidence to Care sub-dimension, the items 2, 9, 22, and 25 were deleted because they provided a description of nurses' experience of caring that could not be representative of all the working situations. In effect, in some hospital units, nurses have a limited time to interact with patients because of a brief hospitalization. Items 18 and 19 were also removed because of redundancy. Finally, items 14 and 28 referred to communication aspects with patients, but they were too vague and were deleted from analysis. As expected, nurses declared to have low doubts and concerns about caring orientation and relationship with patients, and reported a high average value for Confidence to Care. These findings indicate that the two subscales are in line with the theoretical conceptualization of the construct, while supporting the results of Reid et al. [21].

The shortened version of 17 items provides for a better representation of the Caring Efficacy Scale in the Italian nursing context. In addition, the advantage of a reduced version allows for the study of the whole construct without making a questionnaire that is too long [46], thus reducing the time needed to complete it, as well as reducing potential non-response rates for participants.

Overall, the 17 items of the Caring Efficacy Scale constitute a robust measure of caring orientation displaying a Cronbach's Alpha value exceeding the .70 [47] both for the two sub-dimensions and the whole scale. On the basis of these results, there are two distinct factors that best capture caring orientation in Italian nurses, as also shown by the Australian results [21].

As expected, the Caring Efficacy scale appeared to be correlated with a self-efficacy measure such as SOC. Specifically, SOC and Confidence to Care sub-dimension were positively correlated. This would mean that a nurse's ability to use cognitive, emotional, and instrumental strategies to cope with professional difficulties [28] increases the likelihood conveying caring orientation and reinforcing a therapeutic relationship with patients [18]. This result is consistent with previous studies in nursing showing that nurses' SOC has a positive correlation with professional functioning [31,32]. Finally, these findings support the theoretical and empirical assumptions [25,29,30] that suggest that SOC is an important coping source for nurses who have to face difficult situations with patients. SOC and Doubts and Concerns subscale were not significantly correlated. Even though an inverse correlation was expected, overall the results support the convergent and discriminant validity for the instrument.

Limitations and future research directions

The study has a few limitations to address. Firstly, the sample of this study is limited to one hospital of the southern Italy, thus raising questions regarding generalizability of the results.

Secondly, the study sample is rather small if compared with the number of the items. However, we followed Hatcher's [48] recommendation suggesting a subject to item ratio of at least 5:1 to define an adequate sampling in factor analysis. Thirdly, data collection came from one source (i.e., the nurses) with a single self-administered questionnaire; this could lead to a common method bias.

Finally, another evident issue in this research is the use of only one positive construct (SOC) related to the sub-dimensions of caring efficacy, which is considered as an antecedent variable. This limits the possibility to test significant correlations of the caring efficacy subscales with negative constructs as well, and both with antecedent and consequence variables.

On the basis of the limitations, future studies should expand these results by including more hospitals from the region or from Italian regions in order to further validate the current structure of the scale. Also, the scale validity should be tested by comparing different groups of nurses who work in different nursing settings. In addition, future research should analyse the scale stability via longitudinal data or by other sources such as head nurse, and compare these results with data from existing well-validated measures [21].

Future research actions could seek to verify the association of the caring efficacy scale with negative outcomes such as stress, that is commonly found in nursing settings [49], but also turnover and absenteeism. Finally, the effects of the subscales with organizational aspects (i.e., delay in discharge), patients' satisfaction, and/or quality of care could be investigated. The study of the relationship of caring efficacy with these additional variables would further increase the confidence in the predictive validity of the scale.

Conclusion

The caring efficacy scale can be used to identify the main aspects that may affect the caring orientation of nurses and use this information to address education and training. Therefore, this tool can become a valuable resource for nurse managers that can efficiently measure the self-efficacy of the nurse on the basis of the human caring theory, thus identifying any weaknesses in providing care in order to improve patient's health. In addition, this instrument can also be useful for future nurses [22] during clinical learning to improve the critical aspects of the therapeutic approach to the patient. According to Reid et al. [21], the scale can examine the effects of counselling programs and professional development to improve self-efficacy in nurses in health institutions.

Supporting information

S1 File. Caring Efficacy Scale (English and Italian versions).
(DOCX)

S1 Dataset.
(SAV)

Acknowledgments

We would like to thank all the nurses who took part in in this study.

Author Contributions

Conceptualization: Cesar Ivan Aviles Gonzalez, Maura Galletta, Gabriele Finco, Maria Francisca Jimenez Herrera.

Formal analysis: Cesar Ivan Aviles Gonzalez, Maura Galletta.

Methodology: Cesar Ivan Aviles Gonzalez, Maura Galletta.

Writing – original draft: Cesar Ivan Aviles Gonzalez, Maura Galletta, Paola Melis, Paolo Contu.

Writing – review & editing: Jean Watson, Gabriele Finco, Maria Francisca Jimenez Herrera.

References

1. Kay HB. Caring as a scripted discourse versus caring as an expression of an authentic relationship between self and other. *Issues Ment Health N*. 2013; 34:375–9.
2. Watson J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little, Brown and Company; 1979.
3. 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; 16:129–35.
4. Watson J. *Nursing: Philosophy and Science of Caring*. New revised edition. Boulder: University Press of Colorado; 2008.
5. Watson J. *Human caring science: A theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2012.
6. Watson J. *Unitary Caring Science. The Philosophy and Praxis of Nursing*. Boulder: University Press of Colorado; 2018.
7. Pajnikihar M, McKenna HP, Stiglic G, Vrtnjak D. Fit for Practice: Analysis and Evaluation of Watson's Theory of Human Caring. *Nur Sci Quart*. 2017; 30:243–52.
8. Tektas P, Cam O. The effects of nursing care based on Watson's theory of Human Caring on the mental health of pregnant women after a pregnancy loss. *Arch Psychiat Nurs*. 2017; 31:440–6.
9. Durgun Ozan Y, Okumus H. Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial. *J Car Scien*. 2017; 6:95–109.
10. Drenkard KN. Integrating human caring science into a professional nursing practice model. *Crit Care Nurs Clin*. 2008; 20:403–14.
11. Canzan F, Heilemann MV, Saiani L, Mortari L, Ambrosi E. Visible and invisible caring in nursing from the perspectives of patients and nurses in the gerontological context. *Scand J Caring Sci*. 2014; 28:732–40. <https://doi.org/10.1111/scs.12105> PMID: 24304337
12. Canzan F, Saiani L, Mortari L, Ambrosi E. Quando i pazienti parlano di cura: uno studio qualitativo fenomenologico. *Assist Inferm Ric*. 2013; 32:205–12. <https://doi.org/10.1702/1381.15358> PMID: 24441465
13. Ambrosi E, Canzan F, Zenere A, Grassi M, Tardivo S, Mortari L, et al. Developing a new questionnaire to measure nurse caring behaviours: a mixed method study. *Eur J Pers Cent Healthc*. 2018; 6:405–12.
14. Patraki E, Karlou C, Efstathiou G, Tsanganli 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; 23:132–52. <https://doi.org/10.1177/1054773812468447> PMID: 23221147
15. Tomietto M, Papastavrou E, Efstathiou G, Palese A. Measuring the perception of caring in patients and in nurses: Italian validation of the Caring Behaviors Inventory (CBIta). *G Ital Med Lav Ergon*. 2014; 36:38–44. PMID: 24665627
16. Larreebe JH, Ostrow C, Withrow ML, Janney M, Gerald R, Burant C. Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Res Nurs Heal* 2004; 27:71–7.
17. Burtson PL, Stichter JF. Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *J Adv Nurs* 2010; 66:1819–31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05336.x> PMID: 20557389
18. Coates C. The caring efficacy scale: Nurses' self-reports of caring in practice settings. *Adv Pract Nurs Q*. 1997; 3:53–9. PMID: 9485781
19. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 84:191–215. PMID: 847061
20. Pobleto-Troncoso MDC, Valenzuela-Suazo SV, Merino JM. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan*. 2012; 12:8–21.
21. Reid C, Courtney M, Anderson D, Hurst C. The "caring experience": Testing the psychometric properties of the Caring Efficacy Scale. *Int J Nurs Pract*. 2015; 21:904–12. <https://doi.org/10.1111/in.12327> PMID: 24810365

22. Sadler J. A pilot study to measure the caring efficacy of baccalaureate nursing students. *Nurs Educ Perspect.* 2003; 24:295–9. PMID: [14705398](#)
23. Scott J, Sochalski J, Aiken L. Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *J Nurs Adm.* 1999; 29:9–18.
24. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
25. Bachem R, Maercker A. Development and psychometric evaluation of a revised Sense of Coherence Scale. *Eur J Psychol Assess.* 2018; 34:206–15.
26. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.
27. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
28. Lindstrom B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59:440–42. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034777> PMID: [15911636](#)
29. Coe RM, Miller DK, Flaherty JH. Sense of coherence and perception of caregiving burden. *Behav Health Aging.* 1991; 2:93–9.
30. Debska G, Pasek M, Wilczek-Ruzyczka E. Sense of Coherence vs. Mental Load in Nurses Working at a Chemotherapy Ward. *Cent Eur J Public Health.* 2017; 25:35–40. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4305> PMID: [28399353](#)
31. Basinska MA, Andruszkiewicz A, Grabowska M. Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behaviour. *Int J Occup Med Environ Health.* 2011; 24:256–66. <https://doi.org/10.2478/S13382-011-0031-1> PMID: [21833694](#)
32. Harri M. The sense of coherence among nurse educators in Finland. *Nurse Educ Today.* 1998; 18:202–12. PMID: [9661447](#)
33. Brislin RW. Translation and content analysis of oral and written materials. In: Triandis HC, Berry JW, editors. *Handbook of cross-cultural psychology Vol. 2.* Boston: Allyn and Bacon; 1980. p. 389–444.
34. Sousa V, Rojjanasirart 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; 17:268–74. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x> PMID: [20874835](#)
35. Gallasch CH, Alexandre NMC, Amick B. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the work role functioning questionnaire to Brazilian Portuguese. *J Occup Rehabil.* 2007; 17:701–11. <https://doi.org/10.1007/s10926-007-9103-2> PMID: [17909949](#)
36. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med.* 1993; 36:725–33. PMID: [8480217](#)
37. Sardu C, Mereu A, Sotgiu A, Andriasi L, Jacobson KM, Contu P. Antonovsky's Sense of Coherence Scale: Cultural Validation of Soc Questionnaire and Socio-Demographic Patterns in an Italian Population. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2012; 8:1–6. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010001> PMID: [22371812](#)
38. Hayton JC, Allen DG, Scarpello V. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. *Organ Res Methods.* 2004; 7:191–205.
39. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. *Psychol Bull.* 1990; 117:497–529.
40. Tucker LR, Lewis CA. Reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika.* 1973; 38:1–10.
41. Steiger JH. Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivar Behav Res.* 1990; 25:173–80.
42. Cheung GW, Rensvold RB. Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Struct Equ Modeling.* 2002; 9:233–55.
43. Byrne BM. *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming.* Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2001.
44. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modelling.* 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2005.
45. MacCallum RC, Browne MW, Sugawara HM. Power analysis and determination of sample size for covariance structural modeling. *Psychol Methods.* 1996; 1:130–49.
46. Smith GT, McCarthy DM, Anderson KG. On the sins of short-form development. *Psychol Assess.* 2000; 12:102–11. PMID: [10752369](#)
47. Hair J, Black W, Babin B, Anderson R, Tatham R. *Multivariate Data Analysis.* 6th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2006.

48. Hatcher L. A Step-by-Step Approach to Using the SAS® System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling. Cary: SAS Institute, Inc; 1994.
49. Lamke D, Catlin A, Mason-Chadd M. "Not just a theory": the relationship between Jin Shin Jyutsu® self-care training for nurses and stress, physical health, emotional health, and caring efficacy. *J Holist Nurs.* 2014; 32:278–89. <https://doi.org/10.1177/0898010114531906> PMID: 24771664

Caring efficacy: nurses' perceptions and relationships with work-related factors

Cesar Ivan Aviles Gonzalez¹, Maura Galletta², Elsa Chessa³, Paola Melis⁴, Paolo Contur², Maria Francisca Jimenez Herrera⁵

¹Anesthesia and Intensive Care Department, University of Cagliari, Italy; ²Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari, Italy; ³Azienda Ospedaliero-Universitaria AOU, University of Cagliari, Italy; ⁴Pain Therapy Service, University of Cagliari, Italy; ⁵Departament d'Infermeria, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain

Abstract. *Background and aim of the work:* Caring nursing practice is central aspect of quality of services. It is important to assess nurses' caring experience in terms of perceived caring efficacy to make them aware of their outcomes and improve their strategies. The aims of the study was to analyze: (1) the caring efficacy level, (2) differences between the caring efficacy levels concerning positive and negative work attitudes, (3) individual and organizational predictors of perceived caring efficacy. *Methods:* 200 nurses were recruited from a University Hospital in Southern Italy. A self-reported questionnaire was administered. T-test was performed to analyze differences between caring efficacy levels concerning outcomes variables. Regression analysis was carried out to examine how some work factors were related to perceived caring efficacy. *Results:* Participants referred high confidence to care (CC) for 55%, and low doubts and concerns (DC) for 72.9%. Nurses who had low DC had lower emotional exhaustion than nurses with moderate DC. Nurses with low DC had higher job satisfaction than nurses with high DC. Regarding CC levels, there were no differences between mean values for both attitudes at work. The emotional dissonance significantly predicted DC and CC. The supervisor support had a negative link with emotional dissonance, which in turn was negatively related to CC. *Conclusions:* Education and training should be addressed to reduce doubts and concerns to care and improve the ability to manage emotions. A work environment that value caring and give support in managing emotions can reduce emotional dissonance and improve caring self-efficacy. (www.actabiomedica.it)

Key words: caring efficacy, emotional dissonance, emotional job demands, supervisor support, nursing

Introduction

Caring practice is central to nursing, which is based on developing authentic relationships between nurses, patients, and their families (1). Caring is a main predictor of patients' physical and emotional health outcomes (2, 3) and it is a central aspect of quality of services (4). Remarkable effort has been done by scholars to describe caring and its processes (5-8). Antecedents of the caring process include nurse's ethics foundations to care and working in a context that pro-

motes caring. Caring can improve patients' satisfaction (9) and enhance a mental well-being and satisfaction for nurses (6, 10).

Background

The essence of caring involves nurses' thoughts and behaviors of love, compassion (empathy), respect, and availability in approaching with patients (11). Previous research showed that caring is a motivational

source influencing nurses' recruitment and retention (12) and it is a main indicator of patients' satisfaction (9, 13). Knowledge, attitude and skills of nurses are the basis of nurse caring behaviors (14). Nevertheless, nurses' perceived caring efficacy can be affected by individual and organizational factors (e.g., emotional job demand, emotional dissonance, and supervisor support) and can influence their job satisfaction and well-being degree.

Emotional job demand

Emotional job demands (15) characterize nurses' working experience because they are continuously exposed to difficult working contexts (16) in which they have to manage patients' critical conditions or claims of patients and their relatives, while trying to provide high quality services. According to Job Demands-Resources (JD-R) model, emotional job demands are considered among the most important ones (e.g., physical, psychological, and emotional) (17). They can reduce the work-related well-being of nurses and exhausting their mental and physical resources (18). In this scenario, the nature of the caring relationship with patient can be compromised, thus affecting nurses' perceived caring efficacy.

Emotional dissonance

Nurses have to understand and interpret how patients feel and to show empathy to be effective in their caring practice (19). On the other hand, nurses have to manage their own emotions while maintaining high quality of care to patient. This aspect of caring is called 'emotional labor' (20). It requires nurse to display or suppress feeling to sustain external expression suitable for the job role and that produces good state of mind in patients. Emotional labor can be emotionally demanding (21) especially when there is a conflict between felt and required emotions. This discrepancy is named 'emotional dissonance' (22), which can threaten nurses' wellbeing by leading to emotional exhaustion and physical ill-health (23). Research showed that in nursing emotional labor and emotional dissonance occur more frequently because of the suffering, vulnerability, and negative health outcomes of patients (24).

These experiences can affect nurses' wellbeing and their caring relationship with patients (25). As caring is defined as a mental, emotional, and physical effort to look after, answer to, and support patients (26), we can expect that emotional dissonance affects perceived caring efficacy.

Supervisor support

Emotional support is characterized by the availability of close and confiding relationships within the working context (e.g., supervisors and colleagues) and it can be mostly beneficial in jobs that are emotionally challenging (27). According to JD-R model, emotional supervisor support can play a key role as a resource to mitigate the effects of stressors on physical and mental health (28). Research has highlighted that support from direct supervisor can safeguard health-care professionals from the negative impact of emotional demands (29). This may be because the ability to reveal one's own work-related difficulties to others without fear of judgement may act as a resource that helps nurses manage the emotional demands occurring during caring relationships with patient (30). Thus, we can hypothesize that supervisor emotional support can help nurses to reduce experiences of emotional dissonance during interactions with patients, thus increasing caring efficacy.

Caring efficacy and individual outcomes

Caring has been defined as a main characteristic of nursing (31, 32). It is through actions of caring that nurses find professional identity and increase their well-being (33). At the organizational level, nurses who are able to express caring in their own working context perceive that their values as professionals are congruent with those of the organization. This perceived congruence may enhance work motivation (34) and job satisfaction, and reduce stress and burnout in nurses (10). Recently, research is showing much attention on topics such as compassion fatigue and compassion satisfaction as two important contrasting aspect of the caring experience with patients (35). Previous research reported that nurses who showed confidence in their ability to express caring referred positive job

satisfaction. In addition, it has been found a positive correlation between caring efficacy and job satisfaction (36). On the contrary, the inability to express caring and find meaning and value in their work can contribute to decrease job satisfaction (37) and augment burnout (38). For this reason, we expect that caring efficacy is correlated to both job satisfaction and emotional exhaustion, and that the perceived caring efficacy degree can condition the level of the two working outcomes.

Thus, it seems to be important to assess nurses' caring experience in terms of perceived caring efficacy to make them aware of their caring outcomes and improve their care strategies (39). Several Italian studies analyzed human caring in nurses. However, most of them referred to nurses' and patients' perceptions of caring behavior (42). At the best of our knowledge, there is no study considering self-reported caring competence of nurses.

Aims

This study aims to analyze: (a) the caring efficacy level (e.g., low, moderate, high) perceived by nurses, (b) possible differences between the caring efficacy levels concerning nurses' positive and negative work attitudes (i.e., job satisfaction and emotional exhaustion), and (c) how individual and organizational predictors such as emotional dissonance, emotional job demand, and supervisor support are associated to perceived caring efficacy.

Methods

Study design, participants and procedure

A cross-sectional study design was used involving 200 nurses from different wards from an Academic hospital in Southern Italy. An inclusion criterion was to be registered nurses who work full-time or part-time in the hospital. As nurse managers do not have direct relationships with patients and it is not possible to measure their caring efficacy, they were excluded from the study. Formal approval to recruit nurses was ob-

tained from the health manager of the hospital. After a formal agreement, nurses were recruited directly in their units. Participation was voluntary and all nurses were informed about the purpose of the study. A self-reported structured questionnaire was administered to the nurses during their working hours. They completed the questionnaire and returned it to locked boxes accessible only to the researchers. Data were collected from February to April 2019. A total of 140 entirely completed questionnaires (70% response rate) were usable to data analysis.

Ethical statements

The study was approved by the Independent Ethic Committee of the Azienda-Ospedaliero Universitaria of Cagliari, Italy. The study observes the ethical principles of the Declaration of Helsinki and the General Data Protection Regulation 679/2016 on privacy. Nurses were informed that they could leave the research at any time without consequences for their job. To preserve anonymity, informed consent was given when the nurses returned their completed questionnaire.

Instruments

Caring Efficacy Scale. The Italian version by Aviles et al. (39) of the original Caring Efficacy Scale by Coates (43) was used to evaluate perceived ability to develop caring relationships with patients. The Italian version includes 17 items distributed in two sub-dimensions: doubts and concerns to care for patients (10 items) and confidence to care (7 items). Nurses indicated their level of agree/disagree to the items by following a 6-point response Likert- scale ranging from strongly disagree (-3) to strongly agree (+3). To uniform the data and better analyze mean values of the subscales, the Likert scale values were changed from -3 to +3 into 1 to 6.

Emotional job demands. Three high-loading items (.74 to .83) were selected from the Italian version of the Emotional Job Demand Scale (44, 45). A sample item was "My work is emotionally demanding". Items were assessed using a 4-point scale ranging from 1 (never) to 4 (always).

Emotional dissonance. Four items of the scale by Zapf et al. (46) were used to measure how often nurses usually repress their emotions to the patients. A four-point scale (from 1 = disagree to 4 = agree) was used to answer each item. A sample item was "The emotions I show to appear professional do not correspond to what I actually feel".

Supervisor emotional support. Four items from the perceived organizational support (POS) scale by Eisenberger et al. (47) were used to measure nurses' perception of supervisor emotional support. The items were adapted in a similar way as described by Rhoades et al (48). A sample item was "My direct supervisor help me to manage my emotions with patients. The survey items were measured using a five-point Likert scale ranging from 1 ('Strongly disagree') to 5 ('Strongly agree').

Emotional exhaustion. Three high-loading items (.85 to .91) were used to measure emotional exhaustion from the Italian version of the Maslach Burnout Inventory (49, 50). A sample item was "I feel tired when I weak up on the morning and I have to face a new working day". Items were rated using a 7-point scale ranging from 0 (never) to 6 (daily).

Job satisfaction. Three items from Cammann, Fichman, Jenkins, & Klesh's scale (51) were used to measure satisfaction with nurses' job. A sample item was "Overall, I am satisfied with my job". A five-point Likert scale ranging from 1 (completely disagree) to 5 (completely agree) was used to answer each item.

Data analysis

Data analysis was carried out via SPSS 20.0 program (SPSS: An IBM Company, Chicago, IL, USA). Descriptive analysis (i.e., frequencies, means, and standard deviations) was performed to examine the sample characteristics. Cronbach's Alpha was performed to analyze the reliability of the used measures. T-test was performed to analyze possible differences between caring efficacy levels concerning the outcome variables (job satisfaction and emotional exhaustion). Pearson's correlation was carried out to analyze the association between variables and linear regression analysis by using Enter method was performed to examine how emotional job demand, emotional dissonance, and

supervisor support were related to perceived caring efficacy. Possible mediating effects were tested via PROCESS macro with Model 4 (simple mediation) (52). Bootstrapping procedure was performed to measure indirect effects with confidence intervals (95% calculated with 5000 bias-corrected bootstrapped random resamples of the data with replacement (53).

Results

The first aim of the study was to analyze the nurses' perceived level (low, moderate, high) of caring efficacy. The findings showed that participants referred having high confidence to care (CC) for 55% (n=77/140), moderate CC for 43.6% (n=61/140), and low CC for 1.4% (n=2/140). Nurses claimed to have moderate doubts and concerns (DC) for 27.1% (n=38/140), and low DC for 72.9% (n=102/140). No one referred having high DC.

The second aim of the study was to examine possible differences in the levels of caring efficacy regarding nurses' positive and negative work attitudes (job satisfaction and emotional exhaustion). T-test analysis showed that nurses with low DC to care referred having lower emotional exhaustion (M=2.47) than nurses with moderate DC (M=3.18) (t=-2.34, 95% CI=-1.32-.10, p<.05). Similarly, nurses with low DC to care had higher job satisfaction (M=3.06) than nurses with high DC (M=2.78), but this difference was marginally significant (t=1.80, 95% CI=-.03-.59, p=.08). Regarding confidence to care levels, T-test showed no significant differences between mean values for both the attitudes at work (moderate CC [emotional exhaustion M=2.91], high CC [emotional exhaustion M=2.47] p=.09; moderate CC [job satisfaction M=3.01], high CC [job satisfaction M=2.98], p=.79).

The third aim of the study was to analyze how as emotional dissonance, emotional job demand, and supervisor support were associated to the sub-dimension of the caring efficacy. Means, standard deviations, and correlation analysis for the studied variables are shown in Table 1. Regression analysis showed that emotional dissonance is the only one predictor significantly and positively associated with DC to care ($\beta = .17$, p<.05), and negatively associated with confidence to care (β

Table 1. Means, Standard Deviations and Pearson's correlation for the study variables (N =140)

Variable	M	SD	1	2	3	4	5	6	7
1. Confidence to care	4.85	.689	(.62)						
2. Doubts and concerns	2.51	.782	-.321*	(.72)					
3. Emotional dissonance	1.88	.727	-.212*	.182*	(.75)				
4. Emotional job demand	3.05	.598	.110	-.018	.125	(.66)			
5. Emotional supervisor support	2.46	1.211	-.099	-.098	-.182*	-.060	(.95)		
6. Job satisfaction	2.98	.667	-.012	-.164*	-.044	.090	.126	(.75)	
7. Emotional exhaustion	2.67	1.495	-.134	.217*	.384*	.159	-.116	-.289*	(.87)

Note. **p<0.01, *p≤0.05 (2-tailed). Cronbach's Alpha is shown in parenthesis

=-.26, p<.01). Both emotional job demand and supervisor support did not contribute to explain variance in nurses' DC and confidence to care (see Table 2 for all the results). Nevertheless, the results showed that supervisor support had a negative link with emotional dissonance ($\beta = -.12, p<.05$) which in turn was negatively related to confidence to care. Table 3 shows the results from mediation analysis. The emotional dissonance is a mediator in the relationship between supervisor support and confidence to care even its effect is

marginally significant (indirect effect: $\gamma = .03$, bootstrap CI = .005-.08; Table 3).

Discussion

The results highlight that nurses of the study refer having a positive caring orientation, in agreement with Amendolair's (36) findings. The most part of them have high confidence to care and low doubts and

Table 2. Regression analysis for the relationships between emotional dissonance, emotional supervisor support and emotional job demand on both confidence to care and doubts and concerns (N = 140)

Dependent variable	Predictor	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Confidence to care	(Constant)	5.041	.350		14.405	.000
	Emotional dissonance	-.243	.080	-.256	-3.036	.003
	Emotional supervisor support	-.084	.048	-.147	-1.756	.081
	Emotional job demand	.154	.095	.134	1.612	.109
Doubts and concerns	(Constant)	2.441	.408		5.988	.000
	Emotional supervisor support	-.048	.056	-.074	-.857	.393
	Emotional job demand	-.057	.111	-.044	-.515	.608
	Emotional dissonance	.188	.093	.174	2.019	.045

Table 3. Mediating role of emotional dissonance (N =140)

Model	Path coefficient	SE	Bias corrected bootstrap 95% CI	
			Lower limit	Upper limit
Emotional support on emotional dissonance	-.12*	.05	-.22	-.02
Emotional dissonance on confidence to care	-.23**	.08	-.39	-.07
Total effect of emotional support on confidence to care	-.06	.05	-.16	.03
Direct effect of emotional support on confidence to care	-.09	.05	-.19	.003
Indirect effect of emotional support on confidence to care through emotional dissonance	.03†	.02	.005	.08

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, † $p = .05$.

concerns. Moreover, nurses with moderate doubts and concerns about their ability to relate to and care for patients seem to be less satisfied with their job and more emotionally exhausted than nurses with low doubts and concerns. Vice versa, nurses with high confidence to provide care for patients do not differ in their work attitudes from nurses with moderate confidence to care. This is supported also by the correlation analysis, which highlighted a positive association between doubts and concerns with emotional exhaustion and a negative association with job satisfaction. These findings are in agreement with Kalisch et al. (37) and Peery (38) findings. Nevertheless, no association was found between confidence to care and job satisfaction. This result differs from Amendolair (36). It is probable that this positive sub-dimension of caring efficacy exercises a minimal impact on nurses' work attitudes because they are likely more able to cope with job stressors (e.g., (25)). However, a reason of this difference may be attributable to the fact that she used the caring efficacy scale as mono-dimensional, while we used it as a two-factor tool (39).

The main factor negatively associated with caring efficacy for the two sub-dimensions is emotional dissonance, but there is no direct association between perceived caring efficacy with both emotional job demand and supervisor support. It is likely that emotional job demand does not play a role on a nurse's perception of caring efficacy, but only on his/her real caring be-

havior, as one of the main caring antecedents is having needed time to care (54, 55). However, the results show that supervisor support indirectly affects caring efficacy through mediation of emotional dissonance; the more support from the supervisor support the less is emotional dissonance perceived by the nurses, which in turn is related to high nurse's perceived caring efficacy. Thus, supervisor support acts as a resource that helps nurses to give appropriate emotional response during caring relationships with patients (29, 30), thus increasing their caring efficacy.

Practical implications

This study has practical implication for nurse managers. They should foster work contexts promoting supervisor support for nurses and increase nurses' competencies in caring. Education and training should be addressed to reduce doubts and concerns to care and improve the ability to manage emotions during the caring relationship with patients and give appropriate emotional responses to job demands. Amendolair (36) concluded that caring is related to the nurses' work environment. In this sense, organizations should develop strategies that support and emphasize a caring environment to foster quality patient care and strengthen nurses' professional identity. An emphasis on caring can enhance nurses' job satisfaction degree and reduce

emotional exhaustion level. In addition, a work environment that value caring and give support to nurses in managing their emotions with patients can reduce their emotional dissonance and improve caring self-efficacy.

Conclusion

Measuring perceived caring efficacy may allow for developing plans of action to reduce weaknesses, doubts and concerns in providing care to patients and reinforce confidence to care. This would help nurses to better meeting the actual needs of hospital patients, as well as to improve their care-related strategies.

Limitations

The study has a few limitations. First, the sample of nurses was recruited from only one hospital and attended nurses were selected from the departments that agreed participation in the study. Hence, this can be a limit to the generalizability of the results, thus reducing external validity of the study. Second, we used a self-reported questionnaire that is a good instrument to collect substantial data in a brief lapse of time. Nevertheless, it may produce a bias related to social desirability and common method (56). Future research should reduce this issue by integrating individual perception data with objective data such as caring behavior assessed also by supervisors, job performance, and patient satisfaction. Lastly, this research is cross-sectional and we are unable to examine the causal effects of the relationship between variables. Caring efficacy perception would need to be analyzed through longitudinal studies because it can change over time based on the nurse's experience and opportunity to receive adequate support from the supervisors.

Contributor ship statement: Cesar Ivan Aviles Gonzalez and Maura Galletta contributed equally to conception and design of the study, data collection, data analysis, drafting the manuscript, and critically reviewing the manuscript; Elsa Chessa drafted the manuscript; Paola Melis collected data and contributed to drafting and editing the manuscript; Paolo Contu and Maria Francisca Jimenez Herrera contributed to drafting the manuscript and critically reviewing the manuscript. All the authors read and approved the final manuscript.

Conflict of interest: Each author declares that he or she has no commercial associations (e.g. consultancies, stock ownership, equity interest, patent/licensing arrangement etc.) that might pose a conflict of interest in connection with the submitted article

References

1. Kay Hogan B. Caring as a scripted discourse versus caring as an expression of an authentic relationship between self and other. *Issues Ment Health N*. 2013; 34:375-9.
2. Aiken L, Douglas MS, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383:1824-1830.
3. Watson J, Nelson J. *Measuring Caring: International Research on Caritas as Healing*. Springer Publishing Co Inc 2011.
4. Buckley J, Harding A. The real cost of caring or not caring. *J Emerg Nurs* 2014; 40(1):68-70
5. Watson J. *Human caring science*. 2nd ed. Boston: MA: Jones & Bartlett; 2012.
6. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs* 2008; 17:196-204
7. Watson J. *Assessing and measuring caring in Nursing and Health Sciences*. New York: Springer Publishing Company; 2009.
8. Ranheim AE, Kämer A, Berterö C. Caring Theory and Practice: entering a simultaneous concept analysis. *Nurs Forum* 2012; 47(2):78-90.
9. Larabee JH, Ostrow C, Withrow ML, Janney M, Gerald R, Burant C. Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Res Nurs Heal* 2004; 27:71-77.
10. Burtson PL, Stichler JF. Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *J Adv Nurs* 2010; 66(8):1819-31.
11. Ray M. *Transcultural caring dynamics in nursing and health care*. Philadelphia: PA: F.A. Davis; 2010.
12. Graber DR, Mitcham MD. Compassionate clinicians: take patient care beyond the ordinary. *Holist Nurs Pract* 2004; 18(2):87-94.
13. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open* 2019; 6(2):535-545.
14. Wolf ZR, Giardino ER, Osborne PA, Ambrose MS. Dimensions of nurse caring. *Image J Nurs Sch* 1994; 26(2):107-11.
15. Steinberg, RJ, Figart, DM. Emotional demands at work: A job content analysis. *Ann Am Acad of Pol Soc Sci* 1999; 561:177-191.
16. Blanco-Donoso, Garrosa LM, Demerouti E, Moreno-Jiménez B. Job resources and recovery experiences to face difficulties in emotion regulation at work: A diary study among nurses. *Int J Stress Manag* 2016; 2:107-134.
17. Bakker AB, Demerouti E. The job demands-resources model: State of the art. *JMP* 2007; 22:309-328.
18. Schaufeli WB, Taris TW. A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work

- and health. In Bauer GF, O. Hämmig O., eds. *Bridging Occupational, Organizational and Public Health*. Amsterdam: The Netherlands: Springer; 2014.
19. Deklavaa L, Millere I. Emotional Intelligence Among Surgical Nurses in Latvia. *Procedia Soc Behav Sci* 2011; 30:1908-1912.
 20. Hochschild A. *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press; 1983.
 21. Debesay J, Harsløf I, Rechel B, et al. Dispensing emotions: Norwegian community nurses' handling of diversity in a changing organizational context. *Soc Sci Med* 2014; 119:74-80.
 22. Zapf D. Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Hum Resour Manag Rev* 2002; 12(2):237-268.
 23. Schmidt KH, Diestel S. Are emotional labour strategies by nurses associated with psychological costs? A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2014; 51:1450-1461.
 24. Humphrey RH, Ashforth BE, Diefendorff JM. The bright side of emotional labor. *J Organ Behav* 2015; 36:749-769.
 25. Andela M, Truchot D, Borteyrou X. Emotional labour and burnout: some methodological considerations and refinements. *Can J Behav Sci* 2015; 47:321-332.
 26. Baines C, Evans P, Neysmith S. *Women's caring*. Toronto: McClelland & Stewart; 1991.
 27. Van den Tooren M, De Jong EJ. Managing job stress in nursing: What kind of resources do we need? *J Adv Nurs* 2008; 63:75-84.
 28. Grant L, Kinman G. *The Importance of Resilience for Staff and Students in the 'Helping' Professions: Developing an Emotional Curriculum*. York: Higher Education Academy; 2014.
 29. Chou HY, Hecker R, Martin A. Predicting nurses' well-being from job demands and resources: a cross-sectional study of emotional labour. *J Nurs Manag* 2012; 20: 502-511.
 30. Kinman G, Leggetter S. *Emotional Labour and Wellbeing: What Protects Nurses? Healthcare (Basel)* 2016; 4(4):89.
 31. Watson J. Caring knowledge and informed moral passion. *Adv Nurs Sci* 1990; 13(1):15-24.
 32. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image J Nurs Sch* 1993; 25(4):352-7.
 33. Benner P. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Commemorative edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health; 2001.
 34. Midttrun L. Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialist. *Soc Sci Med* 2007; 64(6): 1265-77.
 35. Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015; 47(6):522-8.
 36. Amendolair D. Caring behaviors and job satisfaction. *J Nurs Adm* 2012; 42(1):34-9.
 37. Kalisch B, Tschanen D, Hyunhwa L. Does missed nursing care predict job satisfaction? *J Healthc Manag* 2011; 56(2):117-131.
 38. Peery A. Caring and burnout in registered nurses: what's the connection? *Int J Hum Caring* 2010; 14(2):53-60.
 39. Aviles Gonzalez CI, Galletta M, Melis P, Contu P, Watson J, Finco G, Jimenez Herrera MF. Cultural adaptation and psychometric validation of the Caring Efficacy scale in a sample of Italian nurses. *PLoS One* 2019; 23:14(5):e0217106.
 40. Ambrosi E, Canzan F, Zenere A, Grassi M, Tardivo S, Mortari L, et al. Developing a new questionnaire to measure nurse caring behaviours: a mixed method study. *Eur J Pers Cent Healthc* 2018; 6:405-12.
 41. Patraki 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; 23:132-52.
 42. Tomietto M, Papastavrou E, Efstathiou G, Palese A. Measuring the perception of caring in patients and in nurses: Italian validation of the Caring Behaviors Inventory (CBI_{Ita}). *G Ital Med Lav Ergon* 2014; 36:38-44.
 43. Coates C. The caring efficacy scale: Nurses' self-reports of caring in practice settings. *Adv Pract Nurs Q* 1997; 3: 53-9.
 44. Xanthopoulou, D, Bakker AB, Fischbach A. Work engagement among employees facing emotional demands. *J Pers Psy* 2013; 12:74-84.
 45. Aiello A, Tesi A. Emotional job demands within helping professions: Psychometric properties of a version of the Emotional Job Demands scale. *TPM* 2017; 24(2): 167-183.
 46. Zapf D, Vogt C, Seifert C, Mertini H, Isic A. Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *Eur J Work Organ Psychol* 1999; 8: 371-400.
 47. Eisenberger R, Huntington R, Hutchison S, Sowa D. Perceived organizational support. *J Appl Psychol* 1986; 71:500-507.
 48. Rhoades L, Eisenberger R, Armeli S. Affective commitment to the organization: the contribution of perceived organizational support. *J Appl Psychol* 2001; 86:825-836.
 49. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981; 2:99-113.
 50. Sirigatti S, Stefanile C. *Adattamento e taratura per l'Italia*. In: Maslach C, Jackson S, eds. *MBI Maslach Burnout Inventory*. Firenze: Organizzazioni Speciali; 1993.
 51. Cammann C, Fichman M, Jenkins GD, Klesh J. *Michigan Organizational Assessment Questionnaire*. In: Seashore SE, Lawler EE, Mirvis PH, Cammann C., eds. *Assessing organizational change: A guide to methods, measures, and practices*. New York: Wiley-Interscience; 1983.
 52. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. *J Educ Meas* 2013; 55:335-337.
 53. MacKinnon DP, Lockwood CM, Williams J. Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivar Behav Res* 2004; 39:99-128.



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI