



**Validación y resultados de un cuestionario para medir la implicación de  
las enfermeras clínicas en la formación de estudiantes de Grado en  
Enfermería.**

**TESIS DOCTORAL**

Presentada por D<sup>a</sup> Agueda Cervera Gasch.

Dirigida por:

Dra. Loreto Maciá Soler.

Dr. Víctor Manuel González Chorda.

Unitat Predepartamental de Infermeria.

Universitat Jaume I.

Febrero, 2016



## **AGRADECIMIENTOS.**

*Es cierto que la elaboración de una tesis doctoral requiere tiempo, mucho esfuerzo y entusiasmo, y requiere de la colaboración de muchas personas, que de manera diversa han participado en que esta tesis hoy sea una realidad.*

*Subirme a este barco no ha sido fácil, pero me considero una persona muy afortunada por estar rodeada de grandes personas, tanto en la vertiente profesional como en la personal.*

*En primer lugar voy agradecer a mis directores de tesis, la Doctora Loreto Maciá y el Doctor Víctor Manuel González, por estar siempre ahí, por esas respuestas tan rápidas sin mirar la hora ni el calendario, y por confiar en este proyecto desde el primer momento. Gracias Loreto por acompañarme en mi vertiente investigadora casi desde el principio y por ser una referente en la disciplina enfermera. Gracias Víctor por tu insistencia en la elaboración de este proyecto y tus valiosas aportaciones, gracias por transmitirme esas ganas de trabajar y sobretodo, gracias por ser mi amigo.*

*También quiero agradecer a mis compañeros de departamento, que hoy en día considero parte de mis amigos, todo el apoyo que me han brindado durante la elaboración de esta tesis, sobre todo en la parte final. Mención especial a Andrea, Pablo, Alicia, y Desi, durante estos años habéis sido una pieza fundamental, gracias por estar siempre ahí y por compartir conmigo esas risas que te renuevan cada día, esta relación tan cercana, espero y deseo que nunca cambie. Agradecer como no, a la Doctora Isabel Orts, aunque ahora no estás tan cerca sé que siempre estás ahí, muchas gracias por todo lo aprendido, por tu rigor científico y por tu amistad.*

*Muchas gracias a mi familia ya que son el pilar fundamental de mi vida y mi tesoro más preciado: gracias por quererme.*

*A mi madre, dicen que una madre es una persona que deposita todas sus fuerzas por la felicidad y el bienestar de sus hijos, pues yo tengo una de ellas: Mama, sin ti esto no hubiera podido ser posible, muchas gracias por todo lo que has hecho por mi durante esta vida, más si cabe estos últimos años, donde has hecho todo lo posible para que yo pudiera dedicar un segundo más elaborando esta tesis. Gracias por tu amor incondicional y por nunca tener la duda de que lo iba a conseguir. Para mí siempre has sido y serás un ejemplo a seguir.*

*Gracias a mi padre, que desde el primer momento estaba seguro de que iba a ser doctora, ahora ese momento cada vez está más cerca. Gracias por ayudarme a crecer académicamente desde el ejemplo del trabajo y la dedicación.*

*A Víctor, tan diferentes y tan iguales a la vez, gracias por tu complicidad y por estar siempre ahí, sé que eres el mejor hermano que se puede tener. Gracias por estar siempre tan cerca y por traer al mundo al pequeño Manel.*

*A Conrado, amigo y compañero de vida, te conozco desde la infancia y sigo pensando que eres la persona con la quiero compartir el resto de mi vida, gracias por la comprensión durante este tiempo, gracias por hacerme más feliz cada día y ser el papa ideal de Xavi.*

*En plena elaboración de esta tesis doctoral naciste tú, XAVI, “el meu xicotet”, ahora más que nunca entiendo el amor incondicional hacia un hijo, nos has enseñado muchas cosas a pesar de tan solo un año que llevas con nosotros. Con tu sonrisa, con tu mirada, con tu inquietud de niño y con esa felicidad que desprendes haces que me sienta la mama más feliz del mundo. Gracias, gracias y mil gracias por existir.*

*Por último, dar las gracias a la demás familia, ya que soy una afortunada por tenerla tan larga, a la familia política y a los amigos de siempre, que de algún modo u otro habéis respaldado todo este esfuerzo, y a todos lo que ya no están, por todo lo que nos enseñaron, porque nosotros estamos aquí porque ellos estuvieron antes.*

*A todos vosotros, mi afecto y gratitud.*

*Agueda Cervera Gasch.  
Febrero 2015.*

*A mis padres, a Victor,*

*A Conrado y a Xavi.*



## INDICE.

RESUMEN.....	1
1. MARCO TEÓRICO.....	3
1.1. Introducción.....	5
1.2. Situación de la Enfermería en el mundo y evolución de la profesión en la segunda mitad del siglo XX.....	6
1.3. Promulgación de la Ley de Reforma Universitaria. ....	10
1.4. El Espacio Europeo de Educación Superior.....	11
1.4.1. Informe de la UNESCO: “La educación encierra un tesoro”.....	11
1.4.2. Proceso de Bolonia.....	13
1.4.3. Proyecto tuning.....	14
1.4.4. El sistema de créditos ECTS: .....	16
1.4.5. Marco de cualificaciones para la educación superior.....	17
1.5. Los estudios de Enfermería en el marco de la reforma:.....	22
1.6. Directivas comunitarias de los Estudios de Enfermería. Elaboración de planes de estudios. Soporte legal.....	23
1.7. Métodos educativos. Procesos de Enseñanza-Aprendizaje: El aprendizaje basado en problemas.....	25
1.8. Modelos de tutela en la práctica clínica. ....	27
1.8.1. Experiencias en la tutorización. ....	29
1.9. Los estudios de Enfermería en la Universitat Jaume I .....	31
1.10. Las prácticas clínicas de enfermería de la Universitat Jaume I. ....	36
1.10.1. Herramientas para la evaluación y seguimiento de las prácticas clínicas.	
38	
1.10.1.1. Guías docentes de las asignaturas:.....	38
1.10.1.2. Guías de evaluación de la práctica clínica: .....	39
1.10.1.3. Normativa de Prácticas clínicas: .....	41
1.10.2. Figuras que intervienen en la formación del estudiantado: .....	41
1.11. Programa de formación de Enfermería de referencia:.....	43
1.11.1. Captación. ....	44
1.11.2. Formación. ....	44
1.11.3. Seguimiento .....	45
1.11.4. Situación actual. ....	45
1.12. Proceso de Validación de un cuestionario.....	47
1.13. Etapas de validación de un cuestionario. ....	48
1.13.1. Construcción de la escala:.....	49

1.13.1.1.	Definición del constructo:.....	49
1.13.1.2.	Propósito de la escala: .....	49
1.13.1.3.	Normas de redacción:.....	49
1.13.1.4.	Prevención de los sesgos de cumplimentación:.....	50
1.13.1.5.	Orden de los ítems: .....	50
1.13.1.6.	Numero de ítems: .....	50
1.13.1.7.	Redacción de las respuestas:.....	51
1.13.1.8.	Preparación de instrumentos adicionales: .....	51
1.13.2.	Validación de la escala. ....	51
1.13.2.1.	Validez de contenido: .....	52
1.13.2.2.	Validez de contenido mediante paneles de expertos. ....	52
1.13.2.3.	Validez de constructo: .....	52
1.13.2.4.	Validez de criterio: .....	54
1.13.2.5.	Validez lógica o aparente: .....	54
1.13.3.	Fiabilidad de la escala: .....	54
1.13.3.1.	Consistencia interna: .....	57
1.13.3.2.	Estabilidad temporal .....	57
1.13.3.3.	Concordancia interobservadores: .....	58
1.13.4.	Realización de una prueba piloto.....	60
2.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	61
2.1.	Objetivos generales.....	63
2.2.	Objetivos específicos.....	63
3.	METODOLOGIA.....	65
3.1.	Diseño, ámbito y población.....	67
	PRIMERA FASE: METODOLOGIA DE LA CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.....	68
3.1.	Fases de construcción.....	68
3.1.1.	Revisión de la literatura: .....	68
3.1.2.	Redacción de los ítems: .....	68
3.2.	Selección de los ítems y validez de contenido.....	70
3.2.1.	Validez de contenido a través del índice de validez de contenido.....	70
3.3.	Realización de la prueba piloto y pretest cognitivo:.....	72
3.3.1.	Análisis de la consistencia interna de la prueba piloto: .....	73
3.4.	Análisis de la estabilidad temporal.....	74
3.5.	Análisis de la fiabilidad: .....	74
3.5.1.	Validez de Constructo:.....	74



3.6.	Análisis de la validez. ....	75
3.6.1.	Análisis de la consistencia interna. ....	75
3.7.	Fuentes de información y recogida de datos.....	75
SEGUNDA FASE DE LA INVESTIGACIÓN: METODOLOGIA DEL ANALISIS DE		
LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS ADMINSTRAR EL CUESTIONARIO A		
UNA MUESTRA DE ENFERMERAS CLÍNICAS DE LA PROVINCIA DE		
CASTELLON.....		
3.8.	Diseño: .....	77
3.9.	Población y muestra. ....	77
3.10.	Variables objeto de estudio: .....	77
3.10.1.	Variables sociodemográficas: .....	78
3.10.2.	Variables relacionadas con la implicación de las enfermeras .....	79
3.11.	Análisis de datos .....	80
3.11.1.	Análisis descriptivo univariante .....	80
3.11.2.	Análisis bivariante.....	81
3.11.3.	Análisis multivariante .....	81
3.12.	Fuentes de información y procedimiento de recogida de datos. ....	85
3.13.	Consideraciones éticas. ....	85
3.14.	Plan de trabajo.....	86
4.	RESULTADOS. ....	87
PRIMERA PARTE: RESULTADOS DE LA CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL		
CUESTIONARIO. ....		
4.1.	Resultados de la fase de construcción:.....	89
4.1.1.	Resultado de la revisión de la literatura: .....	89
4.2.	Resultados de la fase de validación.....	89
4.2.1.	Resultados de la validez de contenido:.....	89
4.3.	Resultados de la prueba piloto y pretest cognitivo. ....	92
4.4.	Resultado de la estabilidad temporal de cuestionario. ....	93
4.5.	Análisis descriptivo de los profesionales encuestados para realizar la validación del cuestionario. ....	93
4.6.	Análisis de la validez de constructo: Análisis factorial. ....	96
4.6.1.	Resultados del análisis de la consistencia interna de la encuesta a profesionales. ....	103
4.6.1.1.	Alfa de Cronbach.. ....	103
4.6.1.1.	Relación ítem total del cuestionario:.....	103
4.6.2.	Estabilidad temporal del cuestionario definitivo.....	105

SEGUNDA FASE: NIVEL DE IMPLICACIÓN DE LAS ENFERMERAS CLÍNICAS DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN TRAS LA ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO VALIDADO. ....	107
4.7. Análisis de la muestra estudiada. ....	107
4.7.1. Análisis univariante: variables sociodemográficas: .....	107
4.7.1.1. Edad. ....	107
4.7.1.2. Variable Titulación.....	107
4.7.1.3. Variable formación de postgrado.....	108
4.7.1.4. Comunicaciones a congresos. ....	108
4.7.1.5. Nivel de Inglés. ....	109
4.7.1.6. Situación laboral.....	109
4.7.1.7. Entorno laboral.....	109
4.7.1.8. Tutorización de estudiantes. ....	110
4.7.1.9. Enfermero de referencia.....	110
4.7.2. Análisis univariante: Análisis ítems del cuestionario. ....	110
4.7.2.1. Dimensión implicación.....	111
4.7.2.2. Dimensión Motivación. ....	112
4.7.2.3. Dimensión Satisfacción.....	113
4.7.2.4. Dimensión Obstáculos. ....	113
4.7.2.5. Dimensión Compromiso.....	114
4.7.3. Análisis bivariante: análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y los ítems del cuestionario. ....	114
4.7.3.1. Puntuación Global.....	115
4.7.3.2. Dimensión Implicación. ....	116
4.7.3.1. Dimensión Motivación. ....	121
4.7.3.1. Dimensión Satisfacción.....	125
4.7.3.1. Dimensión Obstáculos. ....	129
4.7.3.1. Dimensión Compromiso.....	133
4.7.4. Análisis multivariante. ....	137
4.7.4.1. RLO del cuestionario IMSOC. ....	137
4.7.4.2. RLO de la dimensión Implicación. ....	140
4.7.4.3. RLO de la dimensión Motivación.....	143
4.7.4.4. RLO de la dimensión Satisfacción.....	146
4.7.4.5. RLO de la dimensión Obstáculos.....	148
4.7.4.6. RLO de la dimensión Compromiso.....	151

5.	DISCUSIÓN.....	155
5.1.	Diseño y validación del cuestionario.....	157
5.2.	Discusión resultados de aplicación del cuestionario.....	161
5.3.	Limitaciones del estudio:.....	171
5.4.	Futuras líneas de investigación.....	172
6.	CONCLUSIONES.....	173
7.	ACRÓNIMOS.....	177
8.	INDICE DE TABLAS, ILUSTRACIONES Y FIGURAS.....	181
9.	BIBLIOGRAFIA.....	189
10.	ANEXOS.....	207
	<i>Anexo 1: Programa de formación de enfermeras de referencia.....</i>	<i>209</i>
	<i>Anexo 2: Documento enviado al panel de expertos para evaluar la validez de contenido del cuestionario.....</i>	<i>214</i>
	<i>Anexo 3: Cuestionario para la prueba piloto.....</i>	<i>220</i>
	<i>Anexo 4: Carta de presentación cuestionario.....</i>	<i>228</i>
	<i>Anexo 5: Cuestionario IMSOC.....</i>	<i>230</i>
	<i>Anexo 6: Resultados de las RLO de la dimensión Motivación.....</i>	<i>237</i>
	<i>Anexo 7: Producción científica.....</i>	<i>242</i>



## **RESUMEN.**

La tesis doctoral que se presenta, pertenece a la línea de investigación relacionada con innovación docente de la Unidad predepartamental de Enfermería de la Universitat Jaume I de Castellón. Esta universidad está en consonancia con otras universidades y otras titulaciones que, a consecuencia del cambio metodológico que ha supuesto la adaptación de los estudios superiores al Espacio Europeo de Educación Superior, están investigando y aportando de manera continua propuestas de mejora en la calidad de los estudios.

En el ámbito de las Ciencias de la Salud, hay titulaciones universitarias reguladas con directiva comunitaria, como es el caso de los estudios de Grado en Enfermería. Entre otros requisitos, la formación de Grado de los enfermeros en el entorno de la Unión Europea, requiere 2,300 horas de prácticas clínicas, impartidas en entornos clínicos bajo la supervisión de personal de enfermería cualificado. El hecho de que el 50% del plan de estudios se realice en entornos clínicos y aporte resultados en la adquisición de competencias fuera del entorno académico, requiere de una investigación casi continuada en relación a los métodos que mejor evalúen la calidad de la docencia clínica; una docencia en proceso de mejora continua, ya que a largo plazo, impacta sobre la calidad de la asistencia sanitaria y en consecuencia sobre la salud de la población.

El objetivo de la investigación que se presenta, es construir y validar una herramienta que permita analizar la implicación de las enfermeras clínicas en la formación práctica de estudiantes de grado en enfermería, para poder valorar el nivel de implicación de estas enfermeras en el aprendizaje clínico de la provincia de Castellón.



## **1. MARCO TEÓRICO.**





## 1.1. Introducción.

Las prácticas clínicas de grado en enfermería son un requisito de obligado cumplimiento para obtener la titulación de acuerdo a la legislación vigente. Las prácticas son importantes para los estudiantes y la buena práctica clínica lo es, para los sistemas sanitarios donde las enfermeras clínicas desarrollan su actividad.

Las enfermeras clínicas tienen la responsabilidad de tutorizar estudiantes, ya que las funciones de Enfermería desde la perspectiva de la Organización Mundial de la salud (OMS) son: asistencial, docente, investigadora y gestora.

La actividad docente de las enfermeras, tiene dos vertientes, sobre el paciente y sobre los profesionales en formación. Esta función está recogida en la directiva comunitaria de 2013 (1) y en las competencias que para el Grado se regulan en el Real Decreto 1027/2011 del Marco Español de Cualificaciones de la Educación Superior (MECES) (2).

La actividad docente, se acentúa sobre todo en los centros sanitarios acreditados como en los universitarios. De esta manera, las enfermeras clínicas se convierten en una parte importante de la formación de los futuros enfermeros. Su implicación en la evaluación dentro de las asignaturas del plan de estudios que incluyen competencias que se adquieren en la clínica, parece que mejora el aprendizaje de manera relevante, frente a una formación clínica con enfermeras menos implicadas con el profesorado universitario.

En este marco teórico se realiza un breve recorrido histórico desde el nacimiento de la profesión enfermera en España y en el resto del mundo hasta la actualidad, para conocer la evolución de la profesión a lo largo de los años. En especial la evolución de los estudios desde la formación profesional hasta el ámbito universitario y el posterior desarrollo de la investigación.

El último periodo (1998-2010) es uno de los puntos clave del proceso de puesta en marcha del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) (3), que supone un cambio del paradigma educativo. La educación superior transita desde una formación centrada en el profesorado y la transmisión del conocimiento hacia una formación centrada en el estudiante, al que se le forma en adquisición de competencias para el ejercicio de una profesión y la búsqueda del conocimiento (aprendizaje a lo largo de la vida). En el caso de la enfermería, la implantación del EEES favorece el desarrollo de la investigación a través de programas de doctorado desde el propio ámbito científico.

Este nuevo paradigma educativo, otorga especial importancia en la adquisición de competencias, que se logra para el 50% del estudio de la Enfermería en el ámbito clínico, es el eje principal de nuestra investigación.

La evaluación de la competencia del estudiante se realiza con los criterios del profesorado y de las enfermeras clínicas, y en consecuencia su formación y criterio, sobre todo de las que tutorizan estudiantes, como ya se ha comentado, tiene repercusión y requiere investigación relacionada.

La línea de investigación de innovación docente en enfermería de la Universitat Jaume I (UJI), incluye estudios relacionados con el análisis de la participación de todos los miembros del equipo clínico que están incluidos en el plan de estudios, entre ellos figura la "*Enfermera de Referencia*".

Dentro de la mencionada línea de investigación se encuentra la validación de instrumentos para la investigación. El uso de herramientas de evaluación validadas es un elemento clave en cualquier investigación, y la innovación docente no es una excepción. Tras realizar una revisión exhaustiva de la literatura y no encontrar ningún cuestionario validado y contextualizado al entorno del sistema universitario español, se decide realizar el diseño y validación de un cuestionario para detectar la implicación de las enfermeras clínicas que tutorizan estudiantes. Su aplicación posterior, permitirá conocer los puntos débiles en el proceso de enseñanza-aprendizaje en el ámbito clínico y los obstáculos que pueden aparecer entre teoría y práctica.

## **1.2. Situación de la Enfermería en el mundo y evolución de la profesión en la segunda mitad del siglo XX.**

Los cuidados de la salud son tan antiguos como el ser humano, y como tal, han ido evolucionando a lo largo del tiempo. A la profesión de Enfermería se la identifica como la más veterana de las artes y la más joven de las profesiones. De hecho, mucho antes incluso de que se definiera la Ciencia Enfermera como tal ya existían los cuidados.

En cada etapa histórica han aparecido diferentes conceptos de cuidar, atravesando diversos momentos, unos tortuosos y otros dichosos, ya que el hecho de cuidar durante miles de años no fue propio de un oficio ni de una profesión, sino una forma de supervivencia.

En las etapas de las primeras civilizaciones, se relacionaba el concepto de salud como el mantenimiento de la vida y en este momento cobraba especial importancia el papel de la mujer, ya que en la mayoría de las culturas las actividades de cuidar se consideraban “femeninas” (4).

Posteriormente, sobre principios de la edad media, surge la etapa vocacional de la enfermería, etapa comprendida entre el inicio del pensamiento cristiano y hasta el final de la Edad Moderna, en la que se relaciona la salud y la enfermedad con una vinculación religiosa, ya que las personas dedicadas a los cuidados eran personas entregadas a Dios, sin necesidad de poseer conocimiento sobre cuidados. En este momento la actividad de cuidar se relaciona con las creencias y las ideas religiosas. Las primeras órdenes religiosas estaban constituidas por mujeres y fueron fundadas con el fin de realizar un trabajo social, entre ellas destacaban por realizar esta labor las viudas, las diaconisas, las vírgenes y las matronas. Durante esta época también predominan las órdenes religiosas como, la Orden de los Caballeros Hospitalarios o los Caballeros de San Lázaro entre otros. En otros países de religión budista, eran los miembros de la orden religiosa Sangha, los encargados de realizar los cuidados sanitarios (5).

En Europa, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus, adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de la atención sanitaria de la época (6-7).

La enfermería como profesión comenzó a mediados del siglo XIX, coincidiendo con la etapa de la Ilustración que permite un avance en todos los ámbitos del pensamiento. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner (1800-1864). Simultáneamente, otras órdenes religiosas ofrecieron progresivamente formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica, Florence Nightingale (1820-1910). Su experiencia y situación social le brindaron la oportunidad de organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres, por lo que se puede considerar que la Profesionalización de la Enfermería en Europa se inició con F. Nightingale (8).

La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale transformó la concepción de la enfermería en Europa y estableció las bases de su carácter moderno como profesión

formalmente reconocida, además de poner fin a la actividad enfermera empírica y exclusivamente vocacional. En esta época, nace el primer modelo conceptual de enfermería, ya que los programas de la escuela de enfermería de Nightingale incluían la filosofía, la razón de ser y la utilidad de los servicios de enfermería.

Las principales aportaciones de Florence Nightingale a la enfermería fueron las siguientes (7):

- Inició la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propio para la disciplina.
- Organizó las enseñanzas y la educación de la profesión.
- Comenzó la investigación enfermera y fue la primera en escribir sobre la disciplina.
- Inició la organización de la enfermería militar.
- Fue la primera en utilizar la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene y saneamiento lo que hace que sea una referencia histórica en el ámbito de la calidad asistencial
- Consiguió romper los prejuicios sociales, especialmente los de las clases altas de su época, respecto a la mujer en la enfermería.

A partir de la Segunda Guerra Mundial se inicia un nuevo avance en la profesión con profundos cambios a lo largo del siglo XX, que han culminado con un enfoque profesional del cuidado basado en una atención integral y acogido por el paradigma humanista (9).

En España, a finales del siglo XIX y principios del XX, tienen lugar la institucionalización de los cuidados bajo tres denominaciones distintas: Enfermeras, Practicantes y Matronas. Los tres grupos profesionales necesitaban para la obtención del título oficial acreditar haber hecho prácticas en un hospital durante dos años y haber realizado un examen ante un tribunal.

Durante la primera mitad del siglo XX, para la formación de enfermeras, se realizaban dos años de estudios básicos y un tercer año de especialización, pudiendo obtener la titulación de “enfermera visitadora”, “enfermera de medicina”, “enfermera de cirugía”. La creación de las escuelas de enfermería se detuvo en España por la Guerra Civil, ya que la Guerra influyó en el desarrollo y posterior evaluación de las escuelas, de hecho, algunas escuelas se vieron afectadas y no reanudaron su actividad una vez concluida la Guerra.

En la segunda mitad del pasado siglo XX suceden dos acontecimientos académicos en la formación de Enfermeras:

- Por una parte en 1952 (10), se unifican los estudios diversificados hasta entonces de enfermeras, matronas y practicantes, en una titulación denominada Ayudante Técnico Sanitario (ATS). En la titulación de ATS, se unifican nueve subespecialidades (asistencia obstétrica, fisioterapia, radiología, neurología, urología y nefrología, podología, pediatría y puericultura y psiquiatría).
- Por otra parte, en 1977 con la publicación del “Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio (11), sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería” se integran en la Universidad los mencionados estudios en forma de Diplomatura Universitaria de carácter finalista, denominada Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) que se ajustaba a las directivas comunitarias de 1977 (11).

Los planes de estudios conducentes al mencionado título se elaboran de acuerdo a las directrices de la Orden ministerial del 31 de octubre de 1977 (12) para la elaboración de Planes de Estudio en las Escuelas Universitarias de Enfermería.

En 1980 los estudios de Fisioterapia y Podología que eran especialidades de los estudios de ATS, se separaron de los estudios enfermería, quedando como titulaciones con identidad propia de carácter diplomado y finalista (13,14). Este hecho supuso un cambio para esta disciplina, caracterizado por la autonomía profesional que otorga el grado académico y la definición de funciones propias relacionadas con el cuidado, lo que también supone cambios en los planes de estudios y por tanto, cambio en la formación de los docentes.

Este cambio en la formación tuvo un importante impacto profesional, ya que en el Sistema Sanitario, a partir de 1979, a todos los ATS en ejercicio, se les incremento el salario considerablemente, al cambiar, a un grupo profesional superior al que ostentaban hasta este momento. Pasaron de grupo C a grupo B.

Al mismo tiempo, se implementaron los ciclos formativos superiores de Radiodiagnóstico y Laboratorio para, sustituir los puestos que ocupaban los ATS en estos servicios ya que su rol profesional cambiaba al amparo de la reforma académica mencionada. Sin embargo, con el cambio de salario y grado académico, no se inició una aplicación del cambio de rol en el ejercicio profesional, manteniendo idénticas funciones las enfermeras en el ámbito de la atención especializada durante bastantes años.

Simultáneamente, con el desarrollo de la atención primaria de salud en la década de los 80 del siglo XX, y a partir de la conferencia de Alma-Ata, la enfermería clínica adoptó

desde el principio su rol independiente con responsabilidad directa en el cuidado de determinados grupos de población.

### **1.3. Promulgación de la Ley de Reforma Universitaria.**

La Promulgación de la Ley de Reforma Universitaria (LRU), (Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria) (15), también marca una etapa de transición en la formación de enfermeros, ya que se publican las nuevas directrices para la elaboración de los planes de estudios de Diplomados en Enfermería, de acuerdo al Real Decreto 1466/1990 (16). En esta reforma, se incluye el área de conocimiento Enfermería y se crean en las Universidades por primera vez en la historia, los Departamentos de Enfermería.

La LRU vigente hasta el 13 de Enero de 2002, establece para las titulaciones universitarias la posibilidad de ser finalistas o vertebrarse en dos ciclos, un primer ciclo de Diplomatura y segundo ciclo de Licenciatura. Sin embargo, para los estudios de Enfermería como para otras Diplomaturas o carreras técnicas no se plantea un segundo ciclo, quedando en el ámbito universitario titulaciones de dos ciclos; de solo segundo ciclo de licenciatura y de un solo ciclo de diplomatura. Este hecho confirma la duración de tres años de los estudios de enfermería, sin embargo limita la posibilidad de crecimiento disciplinar propio, ya que para alcanzar el máximo grado académico de Doctor y progresar en la investigación, los estudiantes de Enfermería o el profesorado que ostenta la titulación, deben hacerlo al amparo de otras disciplinas.

Como ya se ha mencionado, una ventaja de la LRU fue la creación de las áreas de conocimiento, apareciendo el área enfermería en todos los planes de estudios, lo que obliga a mantener presencia de enfermeras tituladas en la docencia universitaria. Estos profesionales enfermeros, accedían a través de plazas de profesor asociado o profesor Titular de Escuela Universitaria, lo que supone un incremento de profesorado con perfil de enfermería en el ámbito universitario y perfila los estudios de enfermería hacia un ámbito propio.

Otro de los cambios que supone la LRU es la organización de las Universidades, que se estructura en:

- Facultades.
- Escuelas politécnicas.
- Escuelas Universitarias.

- Centros adscritos.
- Departamentos Universitarios

Para el estudiantado también cambia el proceso enseñanza-aprendizaje ya que les permite marcar un perfil de su trayectoria curricular, ya que la LRU permite el poder elegir materias optativas y de libre configuración.

A finales de esta etapa universitaria, (década de los 90 del pasado siglo), también comienzan los intercambios de Erasmus que facilitan la apertura de las fronteras del conocimiento, lo que permite estar en consonancia con la normativa europea (17), que propugna la libre circulación y el intercambio de profesores y estudiantes en el marco comunitario.

A partir de 1998 con las declaraciones de La Sorbona (18) y Bolonia (19), aparece una etapa de cambio, influenciada por la situación de la convergencia europea, no solo en un mercado único común sino en un espacio común.

#### **1.4. El Espacio Europeo de Educación Superior.**

La creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) a partir del 1998 y con fecha límite en el año 2010, impulsa un nuevo paradigma educativo centrado en el estudiante y en el aprendizaje por adquisición de competencias, que permite el desarrollo de nuevos modelos educativos.

El EEES supone un proceso de cambio para todas las disciplinas y en especial para las más jóvenes en el ámbito universitario, que hasta ese momento habían estado influenciadas por otras ciencias y a partir de la nueva legislación puedan desarrollar modelos educativos basados en su propio conocimiento (3). En el siguiente apartado, se comenta un informe lanzado por la UNESCO de gran interés para comprender el proceso de reforma.

##### **1.4.1. Informe de la UNESCO: “La educación encierra un tesoro”.**

Este cambio de paradigma se empezó a plantear durante 1991, aunque no fue hasta el año 1997 cuando se presentó un informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la Educación para el siglo XXI, “*La educación encierra un tesoro*” (20), donde se presenta qué tipo de educación haría falta en el siglo XXI. En 1993, se estableció una comisión internacional sobre educación para el siglo XXI. Estaba compuesta por catorce miembros de reconocido prestigio internacional, presidida por Jacques Delors. La misión

de la Comisión, consistió en realizar un estudio sobre los desafíos que debería afrontar la educación en los años venideros, como respuesta a la pregunta planteada por la UNESCO ¿qué tipo de educación será necesaria mañana y para qué tipo de sociedad?

El objetivo de la comisión era aportar sugerencias y recomendaciones relacionadas con aspectos como nuevas funciones de la educación. Exigencias y retos de los sistemas educativos, mejores prácticas educativas observadas o el papel de la cooperación internacional en la educación, presentando un programa de renovación que permitiese a responsables en el más alto nivel, iniciar un proceso de cambio (20).

El informe de 1997, proponían nuevos enfoques innovadores y realistas.

“La educación encierra un tesoro”, consta de 3 partes:

- Primera parte: Horizontes. En esta parte se exponen los motivos y necesidades por los que se necesita un cambio a nivel de política, estructura, conceptos y metodologías educativas, entre ellas el desarrollo tecnológico y científico, el aumento de conocimientos, la crisis de sociedad o las desigualdades económicas y la repercusión en la educación.
- Segunda parte: Principios: La Comisión expone los cuatro pilares fundamentales para guiar la educación a lo largo de la vida, que incluye:
  - Aprender a conocer: Combinando cultura general con la combinación de conocimientos en un número de materias, ya que una cultura general suficientemente amplia, sirve de pasaporte para una educación permanente y sienta las bases para aprender durante toda la vida.
  - Aprender a hacer: con la finalidad de adquirir no sólo una calificación profesional sino, una competencia que capacite al individuo para hacer frente a distintas situaciones, algunas imprevisibles. Pero también *aprender a hacer* en el marco de las distintas experiencias sociales o de trabajo que se ofrecen a los jóvenes y adolescentes, bien espontáneamente a causa del contexto social o nacional, bien formalmente gracias al desarrollo de la enseñanza por alternancia.
  - Aprender a vivir juntos, conociendo mejor a los demás, su historia, sus tradiciones y su espiritualidad, desarrollando la comprensión del otro y la percepción de las formas de interdependencia (realizar proyectos comunes y prepararse para tratar los conflictos gracias a la comprensión de las relaciones), respetando los valores de pluralismo, comprensión mutua y paz.



- Aprender a ser: con la finalidad de que florezca mejor la propia personalidad y se esté en condiciones de obrar con creciente capacidad de autonomía, juicio y responsabilidad personal. Por ello, no se puede menospreciar en la educación ninguna de las posibilidades de cada individuo: memoria, razonamiento, sentido estético, capacidades físicas o aptitud para comunicar entre otros.
- Tercera parte: Orientaciones. Estas orientaciones deben guiar el proceso de cambio en la educación del siglo XXI, situando a la Universidad en el centro del proceso de cambio, como una especie de poder intelectual que la sociedad necesita para que le ayude a reflexionar, comprender y actuar, apoyando el desarrollo de la innovación a través de medidas de descentralización que otorguen más autonomía a las universidades.

Este informe, remarca el papel de los docentes y su obligación a la hora de actualizar los conocimientos y las competencias del estudiantado, fomentando el trabajo en equipo y la movilidad de profesorado y estudiantado. También queda reflejado el uso de las tecnologías de la información y comunicación en el campo de la educación como herramientas para la adquisición de las competencias y la cooperación internacional, estableciendo vínculos que permitan afrontar problemas similares en distintos ámbitos.

#### **1.4.2. Proceso de Bolonia.**

Teniendo en cuenta el cambio de paradigma expuesto y tras la declaración de La Sorbona (1998) (18), Bolonia de Junio de 1999 (19), Praga 2001 (21), Berlín 2003 (22), Bergen 2005 (23) , Londres 2007 (24), se sientan progresivamente las bases para la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (3), un nuevo paradigma educativo centrado en el estudiante y en la adquisición de las competencias para el ejercicio profesional que puedan hacer comparables los estudios y cualificaciones entre estados miembros de la Unión Europea.

En la declaración de Bolonia, ministros de 29 países expresaron su voluntad de comprometerse a mejorar la competitividad del EEES haciendo hincapié en la necesidad de fomentar la independencia y la autonomía de las instituciones de Educación Superior.

El EEES no tiene como objetivo homogeneizar los sistemas de Educación Superior, sino aumentar su compatibilidad y comparabilidad, respetando la diversidad estructural. La construcción del EEES se basa en acuerdos y compromisos sobre los objetivos a alcanzar. Además, el EEES se contempla como un espacio abierto en el que no existen obstáculos a la movilidad de estudiantes, titulados, profesores y personal de

administración, articulándose en torno al reconocimiento de titulaciones de educación superior.

En España, en el año 2003, se aprueba desde el Ministerio de Educación, un documento marco que sirve como punto de partida para el inicio de la reforma (25). Se empieza a trabajar en la reforma con un desarrollo legislativo que haga posible el cambio curricular.

### **1.4.3. Proyecto tuning.**

De forma paralela durante esta etapa de cambio, surge en el año 2000, el proyecto Tuning, Tuning Educational Structures in Europe, (también conocido como afinar o sintonizar las Estructuras Educativas Europeas). Se trata de un proyecto dirigido desde la esfera universitaria, que tiene por objeto ofrecer un planteamiento concreto que facilite la aplicación del proceso Bolonia en el ámbito de las disciplinas o áreas de estudio y en las instituciones en la educación superior. El proyecto Tuning, permite fijar puntos de referencia, convergencia y comprensión mutua (26).

El principal objetivo del proyecto Tuning, fue determinar los puntos de referencia para el establecimiento, a escala europea, de las competencias genéricas y específicas para cada disciplina en una serie de campos temáticos.

Uno de los elementos más característicos del proyecto es la aplicación de una metodología de trabajo que cuenta con cuatro grandes ejes de actuación:

- Las competencias genéricas de carácter transversal, que son comunes a todos los estudios universitarios y se consideran importantes para cualquier persona que acceda a estos estudios independientemente de la titulación escogida. Las competencias genéricas a su vez pueden ser, competencias instrumentales, interpersonales y sistémicas.
- Las competencias disciplinarias específicas, que son las propias de cada titulación en relación con el perfil profesional de referencia.
- Los créditos ECTS como sistema de transferencia y acumulación de créditos.
- La función del aprendizaje, la docencia, la evaluación y el rendimiento en relación con el aseguramiento y la evaluación de la calidad.

El proyecto Tuning propone una serie de **competencias genéricas** en el marco de la Educación Superior, pero cada titulación dispondrá de unas competencias específicas con la finalidad de realizar un perfil profesional determinado para cada titulación (27) (Tabla 1).

Tabla 1. Competencias Genéricas Transversales. Proyecto Tuning. Fuente: Tuning Education Structures in Europe 2003 (26).

<b>COMPETENCIAS GENÉRICAS PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR.</b>	
<b>INSTRUMENTALES</b>	Capacidad de análisis y síntesis. Capacidad de organización y planificación. Conocimientos de una lengua extranjera. Conocimientos de informática relativos al ámbito de estudio. Capacidad de gestión de la información. Resolución de problemas. Toma de decisiones.
<b>PERSONALES</b>	Trabajo en equipo. Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinar. Trabajo en un contexto internacional. Habilidades en las relaciones interpersonales. Reconocimiento a la diversidad y a la multiculturalidad. Razonamiento crítico. Compromiso ético.
<b>SISTÉMICAS</b>	Aprendizaje autónomo. Adaptación a nuevas situaciones Creatividad Liderazgo Conocimiento de otras culturas y costumbres Iniciativa y espíritu emprendedor Motivación por la calidad Sensibilidad hacia temas medio-ambientales

Las **competencias específicas** de enfermería se empiezan a trabajar en el año 2003, desde la Agencia Nacional de Evaluación de la calidad (ANECA) (28) a través de la conferencia de directores de Escuelas de Enfermería, con el Libro Blanco de Enfermería (29); proyecto financiado por el Ministerio de Educación y Cultura y liderado para Enfermería por las Universidades de Zaragoza y Barcelona.

Es importante destacar que enfermería fue la primera profesión sanitaria regulada que se unió al proyecto. En 2006 se publicó el primer informe, "Tuning Educational Structure in Europe II" (26) y los libros blancos pero actualmente disponemos de un informe más reciente "Reference points for the design and delivery of degree programs in Nursing" (30) publicado por Tuning en 2011, donde se presenta el perfil genérico de la titulación de enfermería, con unas recomendaciones específicas en cuanto a competencias y duración del programa educativo. En la tabla 2, se observa el perfil de los estudios de Grado en Enfermería según Tuning.

Tabla 2. Perfil de los estudios de Grado en Enfermería según Tuning. Fuente: Tuning 2011.

**PERFIL DE LOS ESTUDIOS DE GRADO SEGÚN TUNING.**

**Perfil de competencia para la cualificación:**

Un titulado en Enfermería o Ciencias de la Enfermería habrá alcanzado competencias específicas adquiridas a lo largo de un programa de estudios basados en el desarrollo y localizado en un entorno académicos con filiación investigadora. El programa incluirá importantes componentes teóricos y prácticos obligatorios establecidos en un diálogo con las partes interesadas y las autoridades competentes.

El graduado debería poseer conocimientos básicos de las principales disciplinas y metodologías empleadas en la profesión de Enfermería. Estas cualidades deberían facultar al graduado para llevar acabo funciones profesionales y actuar de forma autónoma dentro del área que constituya el objetivo del programa de estudio. El graduado debería haber sido cualificado para continuar con su formación laboral o de prácticas y seguir estudiando, siempre que fuera conveniente, en un área profesional relevante o un programa de segundo o tercer ciclo.

**Objetivos de competencia**

Competencias intelectuales:

- Describir, formular y exponer cuestiones relacionadas con la profesión y opciones de actuación.
- Aplicar teóricamente cuestiones relacionadas con la profesión y consideraciones en la práctica.
- Estructurar su propio aprendizaje.

Competencias profesionales y académicas:

- Aplicar y evaluar diferentes metodologías de importancia para la enfermería.
- Demostrar un conocimiento de las principales teorías, metodologías y conceptos de la profesión de enfermería.
- Documentar, analizar y evaluar los diferentes tipos de práctica en Enfermería.
- Recurrir a la investigación y desarrollo para desarrollar actividades de Enfermería basadas en evidencias.

Competencias prácticas:

- Demostrar las competencias en habilidades y las competencias prácticas requeridas para la titulación.
- Tomar decisiones y justificarlas basándose en su experiencia como enfermera.
- Comportarse de forma íntegra y actuar dentro del marco de referencia de la ética profesional.
- Demostrar capacidad y voluntad para colaborar en un marco multidisciplinar.
- Tomar parte y dirigir trabajos o proyectos de desarrollo relevantes para la profesión enfermera.

**Aspectos formales**

Requisitos de admisión

Duración

Opciones pedagógicas

Requisitos universitarios

180-240 ECTS, con 90 ECTS para la competencia práctica.  
Se recomiendan 201-240 ECTS

Segundo ciclo (máster)  
Programas profesionalizantes.  
Especialización (gestión, investigación, educación)

Igualmente las directivas comunitarias que regulan todos los aspectos de la profesión, se promulgan en 1977 (31), 2005 (32) y la última directiva que afecta a la formación de Enfermería que aparece en 2013 (1).

**1.4.4. El sistema de créditos ECTS:**

El Sistema Europeo de transferencia y acumulación de créditos supone un modelo para contar horas que, resulte equivalente en toda la Unión europea. Consiste en contar la carga de trabajo necesaria para la consecución de los objetivos de un programa, incluyendo todo el tiempo de aprendizaje, es decir, no solo las clases presenciales, sino

el tiempo de estudio, prácticas de laboratorio y todos los componentes del aprendizaje. Los objetivos se evalúan en términos de resultados de aprendizaje y de evaluación de las competencias que el estudiante ha de adquirir.

Un crédito ECTS (European Credits Transfer System), tienen una duración entre 25 y 30 horas. Se regulan por vez primera en el Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre (33), y como se ha mencionado, responde a la necesidad de encontrar un sistema de equivalencias que permitiera el fácil reconocimiento de los estudios cursados en otros países. El sistema establece en 60 el número de créditos que un estudiante puede cursar en un curso académico, considerándose el equivalente a una jornada laboral de 40 horas semanales.

La adopción de este sistema de créditos, constituye una reformulación conceptual de la organización del currículum de la educación superior mediante su adaptación a los nuevos modelos de formación centrados en el trabajo del estudiante. En esta unidad de medida se integran las enseñanzas teóricas y prácticas, así como otras actividades académicas dirigidas, con inclusión de las horas de estudio y de trabajo del estudiante (33).

Los créditos ECTS, apoyan la metodología centrada en el estudiante, al limitar los créditos/curso y la presencialidad del profesorado durante este tiempo, y hacen referencia al trabajo del estudiante dentro y fuera del aula. Por tanto, indican cuanto tiempo tienen que dedicar a una materia para poder lograr los resultados de aprendizaje. Como se ha mencionado, el sistema, permite valorar las horas que el estudiante dedica a la actividad de estudio, denominadas carga de trabajo, incluyendo horas lectivas, aprendizaje autónomo, tutorías, seminarios, prácticas, proyectos y el tiempo estimado para la preparación y realización de los exámenes y evaluaciones. Un crédito ECTS equivale entre 25 y 35 horas de trabajo global del estudiante. En cada país el desarrollo normativo del RD establece el rango de horas por crédito. Este tipo de créditos contrasta con el anterior sistema de créditos que se basaba en las horas lectivas del profesor, por lo que 10 horas de clase correspondían a un crédito, sin tener en cuenta el trabajo del estudiante fuera del aula (15,21).

#### **1.4.5. Marco de cualificaciones para la educación superior.**

En las conferencias de ministros europeos celebradas en Bergen en 2005 (23) y Londres 2007 (24), se considera conveniente la creación de un marco de cualificaciones para el EEES para permitir la libre circulación de estudiantes y trabajadores. Se crea un marco que contempla la existencia de tres ciclos (Grado, Master y Doctorado), permitiendo en cada contexto nacional la posibilidad de ciclos intermedios.

## *Marco Teórico*

Con el Marco de Cualificaciones para la educación superior, se pretende crear una herramienta para fomentar el aprendizaje permanente, es decir, un sistema Europeo de cualificaciones para relacionar los marcos y sistemas de cualificaciones entre los diferentes países, lo que permite interpretar con más facilidad las cualificaciones. Este marco de cualificaciones ayudará a la libre movilidad de estudiantes y trabajadores en los países participantes.

A nivel Europeo se desarrollan dos marcos de cualificaciones:

- En primer lugar, como consecuencia del proceso de Bolonia se crea el Qualifications Framework in the EHEA (QF-EHEA), que es el Marco de Cualificaciones del Espacio Europeo de Educación Superior. Se refiere únicamente a los títulos obtenidos en el sistema de educación superior e incluye 4 niveles: Formación profesional, Grado, Master y Doctorado.
- Posteriormente se desarrolla el European Quality Framework (EQF) o Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje a lo largo de la vida. Contempla desde el nivel 1 (Educación básica) hasta el 8 (Doctorado), por lo tanto abarca toda la gama de cualificaciones, desde la obtención de la educación obligatoria hasta el nivel de Doctorado.

Los marcos de cualificaciones adaptados en España son los siguientes:

- Marco Español de Cualificaciones a lo largo de la vida (MECU). Es la correlación del modelo español con el EQF, que abarca todos los niveles, desde educación básica (nivel 1) hasta el Doctorado (Nivel 8), abarcando tanto el aprendizaje formal como el no formal y el informal, por lo tanto incluye:
  - Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (CNCP), que ordena las cualificaciones profesionales identificadas en el sistema productivo en función de las competencias apropiadas para el ejercicio profesional.
    - El responsable de definir, elaborar y mantenerlo actualizado es el Instituto Nacional de las Cualificaciones. (INCUAL).
    - Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. (MECES)
- Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), establecido por el RD 1027/2011 (2), creado para estudios de educación superior, contempla 4 niveles. Cada ciclo se caracterizará por unos descriptores genéricos basados en resultados de aprendizaje que, incluyen una cuantificación orientativa de los créditos que debe de tener cada ciclo. El MECES tiene el objetivo de informar a los estudiantes sobre cuáles son sus exigencias en cada nivel, favorecer la movilidad internacional y el reconocimiento en todo el Espacio

Europeo de Educación Superior de la formación en general. Se trata de un marco para facilitar la movilidad de las personas en el espacio europeo del aprendizaje permanente y en el mercado laboral internacional. El MECES, incorpora todos los niveles formativos desde la formación profesional, hasta el doctorado, y permite la movilidad y el reconocimiento internacional de los títulos y de la formación.

Los cuatro niveles que determina el MECES son los siguientes:

- Nivel 1: Técnico superior. (tabla 3)
- Nivel 2: Grado. (tabla 4)
- Nivel 3: Máster. (tabla 5)
- Nivel 4: Doctor. (tabla 6)

Recientemente, se ha realizado una modificación del RD 1027/2011, mediante el RD 96/2014 (34), en el que la principal modificación es que, en titulaciones de grado a partir de 300 créditos ECTS, y que sus planes de estudios implican la consecución de resultados de aprendizaje determinados, pueden obtener un Nivel 3, siempre que comprenda al menos 60 créditos ECTS de competencias de nivel Máster y que haya obtenido el nivel de cualificación 3 mediante resolución del Consejo de Universidades. Estas titulaciones tienen acceso directo al Nivel 4 sin necesidad de realizar previamente Máster. A través de esta modificación, no se trata de otorgar una doble titulación de Grado y Máster (el ordenamiento jurídico español no lo permite) a quienes superen el grado de al menos 300 créditos ECTS, sino de reconocer que determinadas titulaciones académicas proporcionan una cualificación profesional específica y dan acceso al Doctorado.

El RD 967/2014, de 21 de noviembre, aprueba la equivalencia de los títulos enfermeros de manera que tanto el título de DUE y Graduado corresponden a un nivel 2 del MECES (35).

**Tabla 3. Nivel 1 MECES. Formación Profesional.**

FINALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtención por parte del estudiante de una formación de carácter especializado que capacita para el desempeño cualificado de diversas profesiones:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Formación profesional Grado superior.</li> <li>o Enseñanzas profesionales de artes plásticas y música.</li> <li>o Enseñanzas deportivas de grado superior.</li> </ul> </li> </ul>
RESULTADOS DE APREDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haber demostrado poseer conocimientos especializados en un área profesional o de estudio, con comprensión crítica para la integración y transferencia de saberes, así como para el desarrollo de la creatividad, la iniciativa personal y el espíritu emprendedor.</li> <li>- Aplicar e integrar sus conocimientos artísticos, tecnológicos o deportivos en la definición y desarrollo de procedimientos de trabajo, en el ámbito artístico o laboral, de forma autónoma y con responsabilidad de coordinación y supervisión del trabajo técnico.</li> <li>- Poseer la capacidad de analizar la información necesaria para evaluar y dar respuesta a situaciones previstas y no previstas, mediante la búsqueda de soluciones fundamentadas, creativas e innovadoras dentro de un campo de estudio o profesional.</li> <li>- Ser capaces de comunicar sus conocimientos, ideas, habilidades y actividades en contextos profesionales a sus iguales, supervisores, clientes y personas bajo su responsabilidad.</li> <li>- Poseer las estrategias de aprendizaje necesarias para avanzar en su formación de manera autónoma, con madurez para innovar en su aplicación y progresar en el aprendizaje y formación a niveles superiores.</li> </ul>
CUALIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnico Superior de Formación Profesional.</li> <li>- Técnico Superior de Artes Plásticas y Diseño.</li> <li>- Técnico Deportivo Superior.</li> </ul>

**Tabla 4. Nivel 2 MECES. Nivel de Grado.**

FINALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtención por parte del estudiante de una formación general, en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional.</li> </ul>
RESULTADOS DE APREDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haber adquirido conocimientos avanzados y demostrado una comprensión de los aspectos teóricos y prácticos y de la metodología de trabajo en su campo de estudio con una profundidad que llegue hasta la vanguardia del conocimiento;</li> <li>- Poder, mediante argumentos o procedimientos elaborados y sustentados por ellos mismos, aplicar sus conocimientos, la comprensión de estos y sus capacidades de resolución de problemas en ámbitos laborales complejos o profesionales y especializados que requieren el uso de ideas creativas e innovadoras;</li> <li>- Tener la capacidad de recopilar e interpretar datos e informaciones sobre las que fundamentar sus conclusiones incluyendo, cuando sea preciso y pertinente, la reflexión sobre asuntos de índole social, científica o ética en el ámbito de su campo de estudio;</li> <li>- Ser capaces de desenvolverse en situaciones complejas o que requieran el desarrollo de nuevas soluciones tanto en el ámbito académico como laboral o profesional dentro de su campo de estudio;</li> <li>- Saber comunicar a todo tipo de audiencias (especializadas o no) de manera clara y precisa, conocimientos, metodologías, ideas, problemas y soluciones en el ámbito de su campo de estudio;</li> <li>- Ser capaces de identificar sus propias necesidades formativas en su campo de estudio y entorno laboral o profesional y de organizar su propio aprendizaje con un alto grado de autonomía en todo tipo de contextos (estructurados o no).</li> </ul>
CUALIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Título de Graduado.</li> <li>- Título de Graduado de las enseñanzas artísticas superiores.</li> </ul>



Tabla 5. Nivel 3 MECES. Nivel de Master

FINALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtención por parte del estudiante de una formación avanzada, de carácter especializado o multidisciplinar, orientado a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación en tareas investigadoras.</li> </ul>
RESULTADOS DE APREDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haber adquirido conocimientos avanzados y demostrado, en un contexto de investigación científica y tecnológica o altamente especializado, una comprensión detallada y fundamentada de los aspectos teóricos y prácticos y de la metodología de trabajo en uno o más campos de estudio.</li> <li>- Saber aplicar e integrar sus conocimientos, la comprensión de estos, su fundamentación científica y sus capacidades de resolución de problemas en entornos nuevos y definidos de forma imprecisa, incluyendo contextos de carácter multidisciplinar tanto investigadores como profesionales altamente especializados;</li> <li>- Saber evaluar y seleccionar la teoría científica adecuada y la metodología precisa de sus campos de estudio para formular juicios a partir de información incompleta o limitada incluyendo, cuando sea preciso y pertinente, una reflexión sobre la responsabilidad social o ética ligada a la solución que se proponga en cada caso;</li> <li>- Ser capaces de predecir y controlar la evolución de situaciones complejas mediante el desarrollo de nuevas e innovadoras metodologías de trabajo adaptadas al ámbito científico/investigador, tecnológico o profesional concreto, en general multidisciplinar, en el que se desarrolle su actividad;</li> <li>- Saber transmitir de un modo claro y sin ambigüedades a un público especializado o no, resultados procedentes de la investigación científica y tecnológica o del ámbito de la innovación más avanzada, así como los fundamentos más relevantes sobre los que se sustentan;</li> <li>- Haber desarrollado la autonomía suficiente para participar en proyectos de investigación y colaboraciones científicas o tecnológicas dentro su ámbito temático, en contextos interdisciplinarios y, en su caso, con una alta componente de transferencia del conocimiento;</li> <li>- Ser capaces de asumir la responsabilidad de su propio desarrollo profesional y de su especialización en uno o más campos de estudio.</li> </ul>
CUALIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Título de Máster universitario.</li> <li>- Título de Máster en Enseñanzas Artística.</li> </ul>

Tabla 6. Nivel 4 MECES. Nivel de Doctor.

FINALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Máximo nivel del MECES, en el que se incluyen aquellas cualificaciones que tienen como finalidad la formación avanzada del estudiante en las técnicas de investigación.</li> </ul>
RESULTADOS DE APREDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haber adquirido conocimientos avanzados en la frontera del conocimiento y demostrado, en el contexto de la investigación científica reconocida internacionalmente, una comprensión profunda, detallada y fundamentada de los aspectos teóricos y prácticos y de la metodología científica en uno o más ámbitos investigadores;</li> <li>- Haber hecho una contribución original y significativa a la investigación científica en su ámbito de conocimiento y que esta contribución haya sido reconocida como tal por la comunidad científica internacional.</li> <li>- Haber demostrado que son capaces de diseñar un proyecto de investigación con el que llevar a cabo un análisis crítico y una evaluación de situaciones imprecisas donde aplicar sus contribuciones y sus conocimientos y metodología de trabajo para realizar una síntesis de ideas nuevas y complejas que produzcan un conocimiento más profundo del contexto investigador en el que se trabaje.</li> <li>- Haber desarrollado la autonomía suficiente para iniciar, gestionar y liderar equipos y proyectos de investigación innovadores y colaboraciones científicas, nacionales o internacionales, dentro su ámbito temático, en contextos multidisciplinarios y, en su caso, con una alta componente de transferencia de conocimiento.</li> <li>- Haber mostrado que son capaces de desarrollar su actividad investigadora con responsabilidad social e integridad científica.</li> <li>- Haber justificado que son capaces de participar en las discusiones científicas que se desarrollen a nivel internacional en su ámbito de conocimiento y de divulgar los resultados de su actividad investigadora a todo tipo de públicos.</li> <li>- Haber demostrado dentro de su contexto científico específico que son capaces de realizar avances en aspectos culturales, sociales o tecnológicos, así como de fomentar la innovación en todos los ámbitos en una sociedad basada en el conocimiento.</li> </ul>
CUALIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Título de Doctor.</li> </ul>

### **1.5. Los estudios de Enfermería en el marco de la reforma:**

Como consecuencia del proceso de Bolonia, el proyecto Tuning, la elaboración del libro blanco, España se adapta progresivamente al nuevo modelo educativo.

En el año 2002, se creó en España la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) (28), con el objetivo de que esta agencia contribuyera a la mejora de la calidad del sistema de Educación Superior en España. ANECA se crea al amparo de la Ley Orgánica de Universidades (LOU) (36).

Como ya se ha comentado, a través de ANECA, se publicaron los libros blancos de las titulaciones entre el que está el mencionado *Libro Blanco de Enfermería* (29), con el objetivo de llevar a la universidad estudios y supuestos prácticos útiles en el diseño del título de grado adaptado al EEES. En el libro blanco se recogen numerosos aspectos fundamentales en el diseño de un modelo de título de grado: análisis de los estudios correspondientes o afines en Europa, características de la titulación europea seleccionada, estudios de inserción laboral de los titulados durante el último quinquenio, y perfiles y competencias profesionales, entre otros aspectos. Las universidades participantes llevaron a cabo un trabajo exhaustivo, debatiendo y valorando distintas opciones, con el objetivo de alcanzar un modelo final consensuado que recoja todos los aspectos relevantes del título objeto de estudio.

El título de grado se ordena por las competencias para el ejercicio profesional de acuerdo con Directivas Comunitarias de profesiones reguladas incorporadas al ordenamiento jurídico español en 2008. Estas competencias, están reguladas desde 1977, sin embargo en el planteamiento de las titulaciones amparadas por la Ley de Reforma Universitaria (LRU) no quedaban definidas las competencias, ya que, los contenidos de los planes de estudio se organizaban por descriptores y contenidos. La enfermería como profesión sanitaria está recogida en la Ley 4/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias (34).

Respecto a la duración, los estudios de Enfermería como casi la totalidad de Grados, constan actualmente de un total de 240 ECTS con una duración de cuatro años, frente a los 180 créditos LRU de la anterior diplomatura con el sistema de créditos antiguos y una duración de 3 años. Sin embargo, la dedicación de estos estudios no ha sufrido cambios en horas de aula. La Diplomatura de Enfermería tenía un mínimo de 205 créditos LRU de acuerdo al RD 1267/1994 del 10 de junio (37).

La reforma educativa, incorpora en todas las titulaciones durante el segundo semestre de cuarto curso, la realización del trabajo fin de grado (TFG). En Enfermería el estudiante demuestra su saber ser enfermero. El TFG, en algunas universidades incluye créditos ECTS clínicos para la elaboración de este trabajo, donde el estudiante podrá seleccionar el espacio que sea de su interés para poder profundizar y completar su formación.

Este momento de cambio, propicia el desarrollo de la enfermería científica en España que, con respaldo legal, tiene lugar a partir de la promulgación del RD 56/2005 del 21 de enero (38), donde las titulaciones se estructuran en Grado, Máster y Doctorado sin excepciones. Esto supone que desde el año 2006 la enfermería en España, pudo empezar a realizar un desarrollo académico e investigador propio desde el nivel básico, Diplomatura/Grado, hasta el Doctorado (39). Los primeros programas Master y Doctor, se implantaron durante el curso académico 2006-2007 en las Universidades de Alicante, Tarragona (Rovira i Virgili), Lleida y U. Complutense de Madrid.

## **1.6. Directivas comunitarias de los Estudios de Enfermería. Elaboración de planes de estudios. Soporte legal.**

Por su parte La Orden Ministerial que regula las competencias de los estudios de Enfermería, Orden CIN 2134/2008 (40), está integrada por 3 módulos: Ciencias básicas; Ciencias de la Enfermería y el módulo “Prácticas clínicas tuteladas y trabajo fin de grado” con una duración de 90 ECTS, definido como:

*“Prácticas pre profesionales, en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias, en los Centros de Salud, Hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el título”*

En la orden CIN 2134/2008 se establecen las competencias a modo de resultados de aprendizaje que los estudiantes de enfermería deben adquirir:

1. *Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos*

- de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.*
- 2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.*
  - 3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.*
  - 4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.*
  - 5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.*
  - 6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.*
  - 7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.*
  - 8. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud -enfermedad.*
  - 9. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.*
  - 10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.*
  - 11. Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.*
  - 12. Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.*
  - 13. Conocer los principios de financiación sanitaria y socio sanitario y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.*
  - 14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.*
  - 15. Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uní o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.*

16. *Conocer los sistemas de información sanitaria.*
17. *Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.*
18. *Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.*

A través de toda la legislación anteriormente comentada, se observa que el aprendizaje clínico tiene especial importancia en los estudiantes de grado en enfermería, dado que el 50% del aprendizaje de los estudiantes se realiza en los centros asistenciales.

### **1.7. Métodos educativos. Procesos de Enseñanza-Aprendizaje: El aprendizaje basado en problemas.**

Durante los años sesenta y setenta del pasado siglo, un grupo de investigadores de la Universidad de Mc Master (Ontario, Canadá), observó la necesidad de realizar un cambio, tanto en los contenidos como en la forma de enseñar a sus estudiantes de Medicina, con la finalidad de formar unos mejores estudiantes. Siempre se había utilizado el modelo tradicional con clases expositivas siguiendo con un periodo de enseñanza en la clínica, pero percibían que era una forma inefectiva de formar a profesionales. Implantaron un proceso de formación, que ellos en primer lugar llamaron “*Razonamiento Hipotético Deductivo*”, en lo que a los estudiantes se les preparaba con habilidades para la solución de problemas. (41)

Tras este movimiento, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de McMaster, estableció una escuela de Medicina con una propuesta educacional innovadora que actualmente es conocida por todo el mundo como el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Otras universidades siguieron en esta corriente, fueron entre ellas la universidad de Michigan, Maastrich (Holanda), Newcastle (Australia)... Pero la Universidad que lideró esta tendencia fue New México (EEUU) (42). En Europa el ABP llega de la mano de la Universidad de Maastrich.

En el enfoque de ABP se fomenta la autonomía cognitiva, enseña y aprende de los problemas que tienen significado para los estudiantes, se utiliza el error como una oportunidad más para aprender y no para castigar y le da un valor importante a la autoevaluación, así como a la formación, y realiza una evaluación cualitativa e

individualizada (43), además de que enseña al estudiante los contenidos de la asignatura basándose en casos, similares a los que el estudiante vive en sus prácticas clínicas y en su futura realidad laboral.

El ABP es un método de enseñanza-aprendizaje centrado en el estudiante, en el que éste adquiere conocimientos, habilidades y actitudes a través de situaciones de la vida real. Su finalidad es formar estudiantes capaces de analizar y enfrentarse a los problemas de la misma manera en que lo harán durante su actividad profesional.

El ABP es una metodología que se ajusta perfectamente a las evoluciones de los sistemas de enseñanza superior y sanitario, porque facilita no sólo la adquisición de conocimiento, sino de otras habilidades tales como trabajo en equipo, habilidades de comunicación, responsabilidad en el aprendizaje independiente, cooperación en la búsqueda de información, evaluación crítica de la información, escucha activa y respeto de los puntos de vista del otro (44).

En España, hay diversas Universidades pioneras en este método, en las que se ha aplicado este tipo de metodología de aprendizaje, hablamos de la Universidad Autónoma de Barcelona que integró la Escuela de Enfermería Vall Hebrón, la Universidad Autónoma de Madrid o la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

Debido a la implantación del EEES e inmersos en un programa de innovación docente, la E.U.E. Vall d'Hebron, previo a su integración en la Universidad tras los intercambios de estudiantes y profesores con diversas Universidades Europeas, observaron que los estudiantes que utilizaban el ABP tenían una mayor capacidad de aprender y de trabajar con un alto grado de autonomía. Con este método los estudiantes se involucran más en su aprendizaje y están más motivados (42,43).

Como se ha comentado, también en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid, comenzó a implantar el ABP tras haber recibido formación por parte de la Universidad de McMaster, previo a su integración en la Universidad Autónoma, obteniendo buenos resultados con la aplicación de este método, considerándose tanto una forma de trabajo como una alternativa al método tradicional de aprendizaje, donde la repercusión para el estudiantes es buena, ya que aumenta su capacidad para el autoaprendizaje y el pensamiento crítico de la información de la que disponen (47).

Existen diferentes estudios que muestran las ventajas de utilizar el ABP frente a métodos tradicionales, como el mejor desarrollo de las competencias profesionales, fomento de adquisición de la competencia trasversal, mayor conocimiento de la materia

de estudio, favorece el trabajo en equipo o integra teoría y práctica cotidiana (47-50). Un estudio reciente de la aplicación del APB en comparación al método tradicional (51), muestra una tendencia de la mejoría en el pensamiento crítico, las habilidades para resolver problemas y la capacidad de autoaprendizaje del estudiante, aunque es necesario seguir investigando en esta materia.

El ABP es una metodología docente basada en el estudiante como protagonista de su propio aprendizaje, una de sus ventajas más valiosas es que le crea una actitud favorable para realizar el trabajo en equipo, característica imprescindible para la formación de enfermeros ya que en la realidad laboral nos encontramos muchas veces en esta situación. El ABP enseña al estudiante los contenidos de las asignaturas basándose en casos similares a los que los estudiantes vivirán en las prácticas y posteriormente en su futuro profesional, por lo que es un método de aprendizaje que combina perfectamente la integración de la teoría con la práctica.

La tarea de implantar esta alternativa docente en las universidades no es fácil, ya que para realizar esta implantación es imprescindible que se inicie de forma progresiva, preparando los recursos humanos, ya que el APB supone un cambio en la práctica docente (52) y que la mayoría de profesorado tenga una formación afín.

### **1.8. Modelos de tutela en la práctica clínica.**

El concepto de tutoría relacionado con enfermería apareció en la literatura por primera vez a finales de los años setenta del pasado siglo, pero no es hasta los años noventa del siglo XX cuando empieza a encontrarse producción científica relacionada.

Uno de los principales problemas encontrados en la búsqueda de literatura sobre el papel del tutor, recae sobre la falta de consenso del concepto de tutor en los diferentes países, y la no conceptualización sobre el tutor de estudiante de prácticas de enfermería y el tutor de los programas de especialización, conocidos en España como Enfermería Interna Residente (EIR), o enfermeros clínicos que participan en la integración laboral del profesionales recién titulados.

Un concepto bastante utilizado, es el de *mentor*, que indica tratarse de una persona que con mayor experiencia o conocimiento guía a otra con menos experiencia o conocimiento. Este término puede hacer referencia a la relación existente entre dos profesionales con diferente nivel de experiencia, sin embargo, este concepto no se adapta de forma correcta cuando se pretende relacionar a un profesional y a un alumno.

Otro concepto encontrado es el de *preceptor* en este caso la real academia española de la lengua, lo define como “persona que enseña”.

Por último encontramos el término “tutor”, definido como “*persona encargada de orientar a los alumnos de un curso o asignatura*” y en algunos estudios (53), el termino tutor viene determinado como profesorado de enlace entre la teoría y la práctica clínica.

Los profesionales de enfermería que desempeñan sus funciones en el ámbito clínico, como se ha comentado, son un elemento fundamental para la adquisición de competencias de los estudiantes de grado en enfermería en la parte clínica de las asignaturas. Se convierten en unos tutores que, deben conocer íntegramente la situación del estudiante al que tutorizan y tener voluntad de participación en la formación.

Tras la inclusión de los estudios en el EEES, hay que tener en cuenta que enfermeros que tutorizan a estudiantes, pueden no entender correctamente el concepto de competencia, o incluso otros aspectos metodológicos o de contenido, ya que hay estudios que sugieren que el concepto de competencia es complejo y multifacético y entendido de manera diferente por estudiantes y profesionales que ejercen de tutores (54), por lo que se justifica una preparación previa a la evaluación de la práctica clínica.

En algunos estudios se ha observado que los tutores clínicos, en muchas ocasiones son reacios a evaluar negativamente la práctica del estudiante, lo que podría provocar que la nota final de las asignaturas no sea lo suficientemente objetiva (55). A través de estudios realizados en Reino Unido (56), se ha podido observar que, el no realizar de forma correcta la evaluación de los estudiantes, puede provocar que un estudiante poco competente pueda prestar servicios como enfermero clínico, lo que fomentaría un deterioro progresivo de la calidad asistencial a largo plazo, de este modo, parece importante realizar formación a los enfermeros clínicos asistenciales que van a tutorizar estudiantes, con el objetivo de que sean capaces de identificar a los estudiantes de diferentes rendimientos, y así, poder adoptar medidas correctoras para conseguir mejorar la adquisición de competencias.

La comunicación entre la universidad y el personal de enfermería clínica, es importante porque contribuye a disminuir la brecha entre teoría y práctica y va mejorar la colaboración con los enfermeros clínicos y por extensión mejorar la calidad asistencial a largo plazo.

Según la bibliografía consultada, la tutoría se puede considerar como una relación a largo plazo entre el/la tutor/a con un aprendiz sin una evaluación (53), por lo que evaluar



a un estudiante puede considerarse complicado porque se crea una relación de amistad y orientación, en cambio, el preceptor al tratarse de una relación a corto plazo y más puntual podría ser más factible para ser el evaluador.

Los mentores reciben entrenamiento teórico ya que la formación de mentores juega un papel importante. Esta formación consiste en un curso extensivo, seguidos de algunos días de cursos adicionales, mientras que el mentor está funcionando como tal. Los hospitales y las escuelas han desarrollado un sistema de trabajo práctico para los estudiantes de enfermería en las diferentes salas.

Es difícil abordar la situación de los tutores clínicos en España, ya que, aunque implícitamente han existido siempre, tras la revisión de la literatura, la mayoría de los estudios que se encuentran para la adquisición de las competencias, los métodos se dirigen al aprendizaje en el aula, es decir, en la universidad (57). En la actualidad, existe literatura dirigida a los profesionales clínicos que tutorizan estudiantes, pero pocos estudios abordan la integración teoría-práctica en los planes de estudios y los resultados de la evaluación. Existen estudios que demuestran la creciente implicación de los profesionales, tanto desde la perspectiva asistencial como la educativa, imprescindible para crear profesionales competentes (58).

De acuerdo a la literatura revisada, la presencia de tutores o preceptores en el aprendizaje clínico mejora los niveles educativos en los hospitales o centros de prácticas. El manejo de métodos de aprendizaje y la buena cooperación con el entorno de prácticas, favorece que los estudiantes puedan adquirir la competencia clínica (56).

No hay que olvidar que, en los estudios de Enfermería la práctica clínica proporciona hasta la mitad de la experiencia educativa que llevan a cabo los estudiantes en los estudios de grado (32) por lo que la figura de los tutores y su experiencia cobra gran importancia.

### **1.8.1. Experiencias en la tutorización.**

Revisando las experiencias relacionadas con la aportación de la clínica en la formación, se encuentra que, la Escuela de Enfermería de la Universidad de McMaster, desarrollo en el año 2005 el *“Preceptorship Program”* con la finalidad de fortalecer la educación del grado en enfermería con un alto nivel de aprendizaje clínico y así formar estudiantes de alto nivel para el ejercicio profesional.

En Irlanda, para que una enfermera pueda ser tutora de un estudiante tiene que estar registrada, es decir, tiene que haber completado un programa de preparación para poder actuar como tutor. En este país el programa de tutorización se diseñó tras la

realización de diferentes estudios realizados a nivel nacional (59). Dicho programa tutorial está compuesto por una sesión general de 16 horas durante 2 semanas con objetivos sobre enseñanza participativa, prácticas y métodos de aprendizaje. Se ofrecen talleres de reciclaje después de 2 años de finalizar la formación.

Los estudios realizados para la evaluación de este programa, confirman que el programa de formación para las enfermeras Irlandesas es eficaz en el logro de los objetivos, y las enfermeras registradas en dicho programa se comprometen al cumplimiento de la función como tutor y a realizar los cursos de actualización (60). En España no se existe una estrategia a nivel nacional con características similares.

Se han realizado diversos estudios desde la perspectiva del estudiantado, para observar cómo perciben la práctica clínica a través de cuestionarios elaborados para este fin como el Clinical Learning Environment and Supervisión (CLES) (61,62), o el CLES+T validado al español (63), ya que es necesario saber cuándo, cómo y bajo qué condiciones los estudiantes aprenden mejor práctica, cómo se utilizan los recursos escasos, y cómo influyen las decisiones pedagógicas sobre el impacto clínico de la educación de la futura disciplina. (64)

Un estudio llevado a cabo entre 2007 y 2008 en siete países de la unión europea (Chipre, Bélgica, Inglaterra, Finlandia, Irlanda, Italia, Países Bajos, España y Suecia) revela que, en general los estudiantes valoran sus prácticas de manera positiva. Los estudiantes más satisfechos fueron los que tenían una buena relación con su supervisor (tutor) y que consideraban la experiencia con el tutor como exitosa, lo que supone que la relación con el tutor es uno de los puntos que mejora la satisfacción del estudiante (65).

Otros estudios (66-68), apuntan a que el tutor de prácticas tiene un importante impacto en la motivación del estudiante en el aprendizaje y en la adaptación a nuevas situaciones y que la relación estudiante-tutor afecta claramente a las experiencias de aprendizaje del estudiantado y su capacidad para ser futuros enfermeros, ya que los estudiantes pueden ver al tutor como un modelo a seguir y la tutoría se considera como una estrategia clave en la educación profesional de la salud.

La mayoría de estudios consultados, concluyen en que es necesario seguir investigando en medidas efectivas para realizar la tutorización y apoyar al tutor en el sistema de evaluación de las competencias.

## 1.9. Los estudios de Enfermería en la Universitat Jaume I

La Universitat Jaume I de Castellón (UJI), nace en el año 1992, pero no es hasta el año 2009 cuando amplía su oferta académica al ámbito de las Ciencias de la Salud; Medicina y Enfermería, creando una Facultad de Ciencias de la Salud con 3 titulaciones: Enfermería y Medicina, ambas de nueva creación, e incluye la titulación de Psicología, procedente del ámbito de las Ciencias Humanas (Filosofía) que estaba implanta desde la creación de la Universidad. En consecuencia, los estudios de enfermería de la Universitat Jaume I, nacen como proyecto en el marco de la Reforma del Sistema Universitario Español y con los tres niveles académicos verificados: Grado (*Bachelor*), Máster (*Master Degree*) y Doctorado (*Phd Doctorate program*),. Master y Doctorado comienzan a impartirse a partir de 2009 (39) y el Grado en 2011

Actualmente, la UJI cuenta con un Doctorado en Ciencias de la Enfermería acreditado según el RD 99/2011 (69) que al ser específico del ámbito de la Enfermería, sienta las bases de un desarrollo científico propio del ámbito enfermero.

Los estudios de Grado, se implantan en aula durante el curso académico 2011/2012, con los de Master y Doctorado ya implantados desde 2009 de manera que, se genera una afluencia de profesorado en formación con un perfil de Enfermería que, al complementarse con profesorado clínico, otorgan a la titulación de Grado una orientación enfermera clara.

Estos estudios están ajustados a normativa comunitaria y a la orden CIN 2134/2008, de acuerdo a la pertinencia formativa en Ciencias de la salud, con integración teoría-práctica y un modelo de aprendizaje coordinado entre enfermeras clínicas y enfermeras docentes para lograr la adquisición de la competencia por los estudiantes.

En la tabla 7 se observa la distribución de créditos del plan de estudios de Enfermería UJI. Al finalizar sus estudios de grado la titulación obtenida es enfermero responsable de cuidados generales (39).

**Tabla 7: Distribución créditos en el plan de estudios. UJI 2012.**

	1º CURSO	2º CURSO	3ºCURSO	4º CURSO	TOTAL
Formación Básica (FB)	60				60
Obligatorias (OB)		30	30	12	72
Optativas (OP)				18	18
Prácticas clínicas (PC)		30	30	18	78
Trabajo Fin de Grado (TFG)				12	12
<b>TOTAL</b>	60	60	60	60	<b>240</b>

El plan de estudios está estructurado de la siguiente manera (71):

- Durante el **primer curso**, el estudiante adquiere competencias sobre formación básica, que tiene como objetivo conocer los aspectos psicosociales de las personas.
  - Anatomía humana.
  - Microbiología.
  - Bioestadística.
  - Bioquímica.
  - Fisiología humana.
  - Psicología.
  - Ética y legislación.
  - Inglés.
  - Nutrición humana.
  - Farmacología básica y administración de medicamentos.
- Durante el **segundo curso**, se transita desde la salud hacia la enfermedad, iniciándose con la adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades que necesitan los enfermeros responsables de cuidados generales como agentes de salud. A partir de ese momento, se profundiza en la materia Fundamentos de enfermería, divididos entre el aprendizaje del corpus doctrinal de la enfermería, su historia y evolución y una parte de la materia centrada en cuidados básicos, es decir las deficiencias de autocuidado que una persona presenta en determinadas situaciones que la enfermera debe suplir y, si es posible, devolverle su autonomía. El curso finaliza con la introducción a los procesos de enfermedad, enfocados desde el concepto de proceso asistencial de carácter general a todas las etapas de la vida.
  - Fundamentos teóricos y metodológicos.
  - Determinantes en Salud.
  - Salud Pública.
  - Programas de Salud en infancia, adolescencia y adultos en edad reproductiva.
  - Programas de Salud en adultos y personas mayores.
  - Cuidados básicos de enfermería.
  - Cuidados de enfermería en procesos osteoarticulares.
  - Cuidados de enfermería en proceso digestivos renales y endocrinos.
  - Cuidados de enfermería en procesos cardiovasculares y respiratorios.

- El **tercer curso**, se centra en el conocimiento de los procesos asistenciales que afectan a grupos específicos de población, niños, mujeres en edad reproductiva, personas mayores y personas con problemas de salud mental. La metodología de adquisición de competencias continúa integrada y a partir de este curso los contenidos adquieren mayor complejidad en todos los ámbitos. El camino desde la salud hacia la enfermedad y desde la sencillez a la complejidad pretende consolidar un aprendizaje coherente con la madurez del estudiante universitario de los últimos cursos.
  - Cuidados de la mujer.
  - Cuidados en la infancia y la adolescencia.
  - Cuidados en personas mayores.
  - Cuidados en Salud mental.
  - Cuidados en enfermedades transmisibles.
  - Cuidados en enfermedades neurológicas y sensoriales.
  - Cuidados de oncología.
  - Procesos crónicos.
  - Gestión de cuidados en el ámbito socio sanitario.
- **Cuarto curso** consta de un primer semestre de adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades que permiten al estudiante afrontar situaciones complejas con pacientes críticos y terminales, asistiendo a situaciones del final de la vida, y un segundo semestre en el que realiza el TFG y las asignaturas optativas para completar la titulación según el itinerario elegido.
  - Cuidados paliativos.
  - Cuidados de enfermería en urgencias y emergencias.
  - Cuidado críticos.
  - Optativas: Se ofrecen dos itinerarios:
    - Equidad en Salud.
      - Cuidados de salud y género.
      - Transculturalidad y Atención.
      - Cooperación para el Desarrollo
    - Cuidados en situación de dependencia.
      - Habilidades sociales para el cuidado.
      - Autocuidado y dependencia.
      - Institucionalización y Salud.
  - Trabajo fin de grado.

## *Marco Teórico*

Se observa que durante los cuatro cursos se realiza una adquisición de competencias de forma progresiva que culmina con la realización del TFG, donde el estudiante plasmará el “saber ser” enfermero. El TFG incluye la realización de un trabajo de campo, dado que 5 créditos ECTS del TFG se realizan en el ámbito clínico para la elaboración del mismo.

Todas las asignaturas desde segundo hasta cuarto curso presentan la adquisición progresiva de una competencia transversal: capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcancen los estándares de calidad y que la práctica esté basada en la evidencia. En el Grado, de acuerdo a los descriptores MECES no existe una competencia específica de investigación, sin embargo el aprendizaje relacionado con la investigación, se desarrolla de forma transversal a modo de utilización de la evidencia científica para justificar las actuaciones. Esto supone que no existe una materia que se vertebre en diferentes asignaturas en las que se impartan todos los conocimientos relativos a la investigación y que, por lo general, en otros planes de estudio, se oferta como optativa y, por consiguiente, sólo cursen esta asignatura el alumnado que esté verdaderamente interesado en esta materia.

De esta forma, integrando la investigación, a modo de Práctica Basada en la Evidencia (PBE), de forma transversal (como se observa en la ilustración 1), todo el alumnado matriculado en los diferentes cursos académicos de este Grado, recibirá docencia impartida de diversas formas, tanto teórica, como práctica, en lo referente a importancia de la investigación y la PBE.

El programa es consecuente con las competencias transversales para respetar de forma estructurada la progresión de la integración de la PBE en la formación del Grado de Enfermería de la Universitat Jaume I (72,73).

Ilustración 1. Secuencia de PBE.

PRIMER CURSO	SEGUNDO CURSO	TERCER CURSO	CUARTO CURSO
<ol style="list-style-type: none"> <li>Estructura del artículo científico.</li> <li>Utilización de las palabras claves.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptores en ciencias de la salud.</li> <li>• Biblioteca Virtual de la Salud.</li> </ul> </li> <li>Introducción a las búsquedas en metabuscadore.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Google Academic</li> </ul> </li> <li>Referencias bibliográficas.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas de citación bibliográfica</li> <li>• Mendeley Premium</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Etapas del proceso de investigación.</li> <li>Introducción a la Practica Basada en Evidencia.</li> <li>Introducción a la pregunta PICO.</li> <li>Búsqueda bibliográfica.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thesaurus.                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mesh</li> </ul> </li> <li>• Operadores Booleanos.</li> <li>• Bases de datos.                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medline/Pubmed (Clinical Queries).</li> <li>○ Cochrane.</li> <li>○ Cochrane Plus.</li> <li>○ Trip Database</li> <li>○ JBI ConNect+</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Formulación y desarrollo completo de la pregunta PICO.</li> <li>Extracción de los descriptores tras diseñar la pregunta PICO.</li> <li>Elección del diseño de estudio en relación al nivel de evidencia.</li> <li>Lectura crítica de artículos científicos (herramientas).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Introducción al trabajo fin de Grado.</li> <li>Asignación tutores trabajo fin de grado.</li> <li>Trabajo fin de grado.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elección del tema</li> <li>• Elaboración del trabajo</li> <li>• Tutorizaciones y correcciones.</li> <li>• Entrega del trabajo.</li> </ul> </li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO</b></p>
<p><i>NECESIDAD DE INCORPORAR LOS CONTENIDOS DE FORMA PROGRESIVA EN LOS</i></p> 			
Capacidad para acceder a la información	Capacidad para encontrar la PBE relevante para problemas clínicos	Evaluación crítica de la evidencia + pregunta PICO + Selección de problemas relevantes	Mayor competencia en la valoración crítica

Fuente: Mena Tudela et al. (73)

### **1.10. Las prácticas clínicas de enfermería de la Universitat Jaume I.**

Tradicionalmente las enfermeras clínicas han enseñado al estudiantado la práctica clínica de la profesión, sin vinculación con la universidad de procedencia del estudiante y en ocasiones sin información concreta sobre los contenidos teóricos que el estudiante estaba recibiendo en esos momentos en su formación teórica (74). Esta situación rompe el “*continuum*” de aprendizaje, ya que podría no existir coherencia entre los contenidos expuestos en clase y los de la práctica clínica, es decir, que en ocasiones se establece una brecha entre teoría y práctica que se produce, sobre todo, porque el aprendizaje en el aula está centrado en la adquisición de conocimientos, el aprendizaje simulado está centrado en la adquisición de habilidades, y el aprendizaje clínico se centra en la imitación de actitudes y adquisición de habilidades, que no siempre coinciden con los procedimientos aprendidos en la simulación. La unión de conocimientos, destrezas y habilidades, constituye la adquisición de las competencias relacionadas.

El plan de estudios mencionado de la Universitat Jaume I se diseña con la legislación vigente y la experiencia de referentes académicas de reconocido prestigio que constituyen la comisión académica interna de la universidad, las direcciones de enfermería de los centros donde tendrán que hacer prácticas los estudiantes y los agentes sociales (colegio de enfermería y sindicatos), que constituyen la comisión académica externa. Las prácticas clínicas de la titulación Graduado/a en Enfermería tratan de aproximarse a los contenidos teóricos y viceversa, mostrando un ejemplo práctico de que la coordinación teoría – práctica simulada - práctica clínica para la formación en enfermería, se puede aproximar.

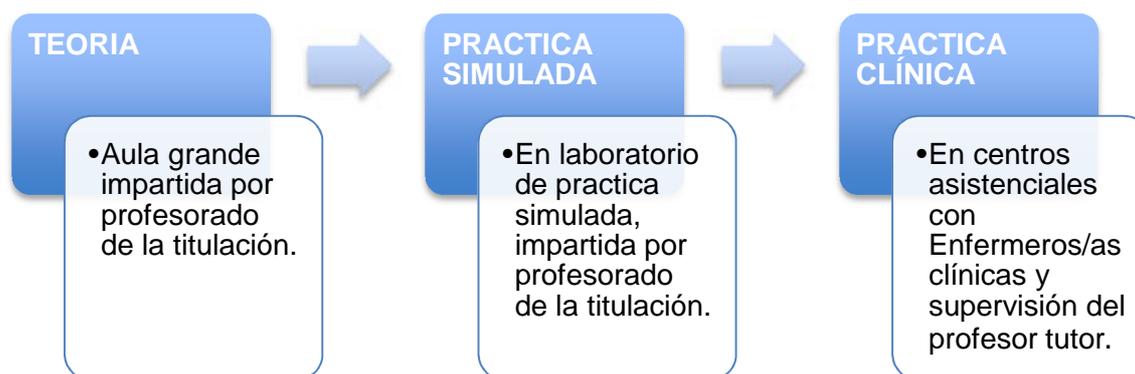
La metodología docente empleada para la adquisición de competencias está coordinada entre todos los agente de manera que se integran contenidos teórico-prácticos y clínicos, garantizando que el 50% de la enseñanza se realice mediante prácticas clínicas (prácticas tuteladas en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias, en los Centros de Salud, Hospitales y otros centros asistenciales) en el marco de un proceso continuo de formación donde la práctica basada en la evidencia científica se comparte entre el profesorado universitario y las enfermeras clínicas (75).

En la Ilustración 2, se muestra a modo de resumen, los métodos de enseñanza-aprendizaje, que se estructuran en:



1. Sesiones teóricas o de resolución de problemas: Consisten en actividad presencial impartida en grupo completo de carácter interactivo, con apoyo de material didáctico individual.
2. Enseñanza práctica o Laboratorio: Consiste en actividades en grupo reducido, realizadas en el laboratorio de simulación, como paso previo a las enseñanzas clínicas, que implica el uso de técnicas como: resolución de problemas, experimentos, uso de herramientas informáticas...
3. Enseñanzas prácticas o prácticas clínicas en centros asistenciales: Cierran la adquisición de la competencia y, se realizan conjuntamente entre el profesorado de la titulación y las enfermeras clínicas que tutelan a los estudiantes utilizando herramientas como las guía de aprendizaje (76) y evaluación por objetivos ajustada a los resultados de aprendizaje y competencias de cada materia.

Ilustración 2. Secuencia de aprendizaje en el Grado de Enfermería UJI.



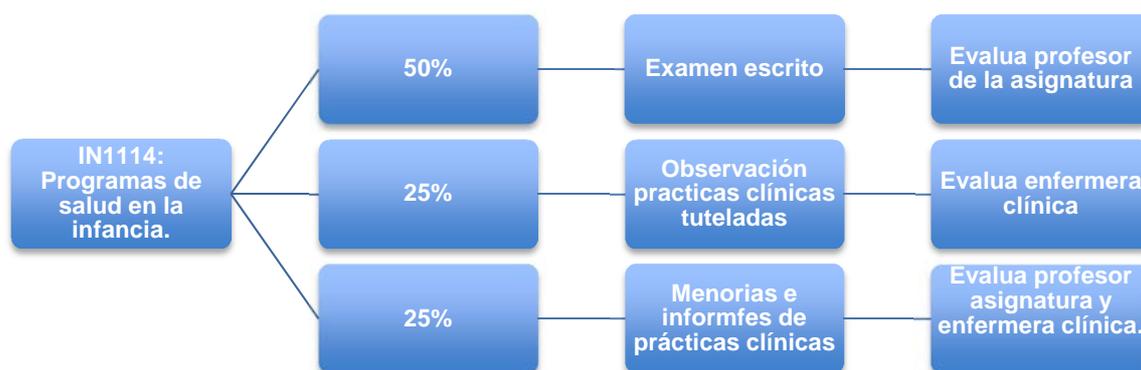
Como se ha comentado, las enseñanzas teórico-prácticas y clínicas se cursan mediante una metodología de aprendizaje integrado, por lo que deben garantizar la adquisición de las competencias regladas para el ejercicio de la profesión Enfermero/a responsable de cuidados generales, tanto en la Unión Europea (UE) como en el entorno del Sistema Nacional de Salud Español (SNS), con la intención de obtener mejores resultados respecto al método fragmentado de aprendizaje (76), en el que hay asignaturas teóricas y asignaturas de prácticas.

Uno de los problemas más importantes para objetivar la adquisición de las competencias es el método de evaluación. La evaluación objetiva es una asignatura pendiente en todo el sistema universitario, del que no son ajenas las prácticas clínicas. El aprendizaje clínico es razonable que lo evalúen las enfermeras clínicas. Sin embargo es necesario

que, para realizar una evaluación objetiva, conozcan el plan de estudios y participen activamente en las posibles mejoras del mismo en el ámbito de la práctica clínica.

A continuación se muestra en la Ilustración 3, a modo de resumen, un ejemplo de evaluación de la asignatura “Programas de salud en infancia, adolescencia y adultos en edad reproductiva (IN1114)”, donde se observa que el 50% de la calificación de la asignatura puede estar influenciada por la evaluación de la enfermería clínica.

Ilustración 3. Evaluación de la asignatura IN1114 Grado en enfermería.



Esta estrategia es posible con la colaboración de las direcciones de los centros asistenciales donde el estudiantado realiza su formación y utilizando las herramientas diseñadas para la evaluación y seguimiento de las prácticas clínicas. De hecho la captación, formación y seguimiento de las enfermeras clínicas que participan en la evaluación de las habilidades de los estudiantes constituye un programa denominado *Enfermeras de Referencia UJI (74, 77)*.

### 1.10.1. Herramientas para la evaluación y seguimiento de las prácticas clínicas.

Las herramientas docentes utilizadas en la Universitat Jaume I para la evaluación y seguimiento de las prácticas son las siguientes:

#### 1.10.1.1. Guías docentes de las asignaturas:

Se trata de un documento oficial en el que se plasma una planificación detallada de cada asignatura con práctica clínica basada en los principios que guían el EEES. La guía docente detalla los aspectos fundamentales de la asignatura, relativos a la docencia, evaluación y calificación ponderada de la asignatura.

Las guías docentes son documentos en los que se especifican todas las competencias y temario a realizar para el logro de la competencia de cada asignatura. En las guías, aparecen descritos los objetivos, las competencias que se adquieren, el programa, la metodología, la bibliografía, y el catálogo de técnicas docentes y actividades académicas (78).

Estas guías se someten a un proceso de revisión anual por el/la coordinador de la asignatura. Se trata de un documento en el que se hace referencia a la estructura general de la asignatura. Se puede tener acceso a las mismas a través del LLEU (llibre electronic d'Universitat) en la web de la universidad (79), ya que se trata de un documento público donde se encuentran las guías docentes de todas las asignaturas del grado. Igualmente están publicadas en el repositorio Universitario (80).

#### 1.10.1.2. *Guías de evaluación de la práctica clínica:*

Se trata de un documento que da soporte estructural para la realización de las prácticas, tanto a las enfermeras clínicas que tutorizan estudiantes, al profesorado de las asignaturas y al estudiantado, en la que queda constancia escrita de las actividades mínimas vinculadas a objetivos de aprendizaje que deben realizar los estudiante por cada materia de asignaturas (76, 81). Las guías son elaboradas por profesorado experto en materia y las enfermeras clínicas que participan en la tutorización de estudiantes.

Cada guía se completa con la ficha de evaluación consensuada entre profesorado y enfermeras de referencia para obtener la nota global de cada asignatura de acuerdo a las competencias que adquiere el estudiantado. Los estudiantes conocen la ficha de evaluación desde el inicio del curso académico (80,81). Cada guía tiene los siguientes apartados:

- Asignaturas que forman la materia.
- Cronograma con fichas de seguimiento con las actividades a realizar semanalmente que contiene las competencias que deben de adquirir los estudiantes.
- Fichas de evaluación.

La ilustración 4 muestra un ejemplo de guía de evaluación

Ilustración 4. Guía de evaluación Práctica clínica.

**PLANILLA DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA POR ASIGNATURAS**

Assignatura/Asignatura: PROGRAMA DE SALUT EN INFANCIA, ADOLESCÈNCIA I EDAT REPRODUCTIVA / PROGRAMA DE SALUD EN INFANCIA, ADOLESCENCIA Y EDAD REPRODUCTIVA; Codi/Código: \_\_\_\_\_



COMP <sup>1</sup>	R.A. <sup>2</sup>	HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN	CALIFICACION DE ACTIVIDADES	CALIFICADORES
<p>E20 Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad.</p> <p>E21 Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud</p> <p>E24 Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos</p> <p>T01 Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.</p> <p>CG1</p>	<p>(I) Ser capaz de obtener datos relevantes a través de la entrevista clínica (EC).</p> <p>(I) Ser capaz de realizar una somatometría completa (SC) y las constantes vitales, interpretando los datos.</p> <p>(I) Ser capaz de realizar la exposición de un caso clínico (CC), justificando su relevancia y la intervención realizada.</p> <p>(I) Ser capaz de llevar cabo la valoración y administración de las inmunizaciones (VAI) a las edades correspondientes.</p>	<p>Observación (Total 25%)</p>	<p>1ª Semana: (0-10): ____ puntos                      2ª Semana: (0-10): ____ puntos                      3ª Semana: (0-10): ____ puntos                      4ª Semana: (0-10): ____ puntos                      Caso Clínico: (0-10): ____ puntos</p> <p>TOTAL OBSERVACIÓN: (0-10): ____ puntos</p>	<p>Enfermero/a Referente PPC.Firma:</p> <p>Fecha y lugar:</p>
		<p>Memoria (Total 25%)</p>	<p>Diario reflexivo: (0-10): ____ puntos                      Caso clínico: (0-10): ____ puntos</p> <p>TOTAL MEMORIA: (0-10): ____ puntos</p>	<p>Profesor/a Responsable Parte Teórica. Firma:</p> <p>Fecha y lugar:</p>
		<p>TOTAL: 50%</p>	<p>CALIFICACIÓN TOTAL: (0-10): ____ puntos</p>	

(\*) I: Activitat Individual/Actividad Individual. G: Activitat Grupal/Actividad Grupal

### 1.10.1.3. Normativa de Prácticas clínicas:

Se trata de un documento conocido por todo el personal implicado en la formación del estudiante en el que se detallan las normas para la realización de las prácticas. Los objetivos de este documento son:

- Facilitar al estudiante la información necesaria para desarrollar las prácticas clínicas.
- Facilitar al enfermero de referencia, al enfermero asociado asistencial y al profesor tutor de prácticas clínicas la información necesaria para realizar el seguimiento del estudiante.

La guía recoge otros aspectos como:

- Normas relacionadas con el centro de prácticas.
- Normas relacionadas con la uniformidad.
- Normas relacionadas con los horarios de prácticas.
- Recuperación de faltas de asistencia.
- Resolución de situaciones extraordinarias.
- Requisitos de utilización de dispositivos móviles personales.
- Periodos de recuperación de prácticas clínicas ordinario y extraordinario.

### 1.10.2. Figuras que intervienen en la formación del estudiantado:

De acuerdo a la relación carga-capacidad de los planes de estudios y a las normativas de cada Universidad, desde los departamentos universitarios se gestiona el perfil y número de profesorado necesario para cada titulación. En los estudios de Enfermería UJI intervienen las siguientes figuras de profesorado:

#### 1.10.2.1. Profesorado financiado por la Universidad:

Imparte clases teórico-prácticas en universidad, en aulas y laboratorios de simulación. Se coordina con las figuras clínicas y tiene responsabilidad final de la evaluación, por lo que firma las actas. El profesorado es responsable de mantener contacto periódico con los centros de prácticas y con los enfermeros clínicos que tutorizan estudiantes. Cada asignatura tiene su profesorado responsable de las asignaturas y anualmente se elige a un coordinador de curso.

En la universidad se dispone de profesorado:

- *A tiempo completo:* Profesorado que posee competencias docentes e investigadoras con elevado nivel académico (master o doctores en ciencias de

la enfermería). Profesorado ayudante en formación; contratado doctor y profesor funcionario a tiempo completo

- *A tiempo parcial*: profesorado asociado (LOU), se trata de “profesorado contratado, con carácter temporal y dedicación a tiempo parcial entre especialistas de reconocida competencia que acrediten ejercer su actividad profesional fuera de la Universidad” (36). Presta apoyo a la docencia, sobre todo lo referente a la docencia clínica.

#### 1.10.2.2. Profesor asociado asistencial:

Esta figura de profesor, viene determinada por un convenio de colaboración entre la Universitat Jaume I y la Conselleria de Sanitat. Se trata de profesionales que además de su labor asistencial, desarrollan una labor docente dentro de la misma unidad que prestan servicios, por lo que no tienen presencia física en la universidad. Esta figura, es el nexo de unión entre los centros asistenciales y la universidad (82). Se financia desde la Universidad.

#### 1.10.2.3. Profesionales de centros asistenciales:

Son enfermeros clínicos que colaboran con la formación del estudiantado aunque no evalúan a los estudiantes. Participan en la formación directa aportando sus conocimientos, actitudes, destrezas y habilidades de aprendizaje, asesorando a las enfermeras/os de referencia sobre la evolución de los estudiantes.

#### 1.10.2.4. Enfermeras/os de referencia:

Se trata de enfermeras/os clínicas/os de los centros asistenciales comprometidos con el aprendizaje del estudiantado y la evaluación de la competencia, trabajando conjuntamente con el profesorado de la asignatura, sin ninguna relación contractual con la Universidad. Es una figura similar a la del tutor de prácticas que se utiliza en algunos centros universitarios (83).

Con la formación clínica sin regulación, se corre el riesgo de que la enfermera clínica enseñe al estudiantado sin necesidad de mantener ningún contacto con la universidad, lo que fomenta el distanciamiento entre los conocimientos expuestos en la universidad y la practicas de los centros asistenciales, provocando distorsiones en el aprendizaje aprendizaje y problemas en la evaluación de unos estudios que, tienen un 50% de aprendizaje en la clínica.

El objetivo del programa de Enfermería de Referencia es, aproximar a los enfermeros clínicos interesados al entorno universitario y fomentar el factor prestigio que supone la vinculación docencia-asistencia en cualquier profesión de ciencias de la salud.

Los enfermeros de referencia están acogidos a Convenios de colaboración con la Universitat Jaume I. Su participación es voluntaria pero regulada, ya que se presentan a convocatorias internas en cada Centro o Departamento de Salud con objeto de participar de manera activa en la formación de los futuros enfermeros .

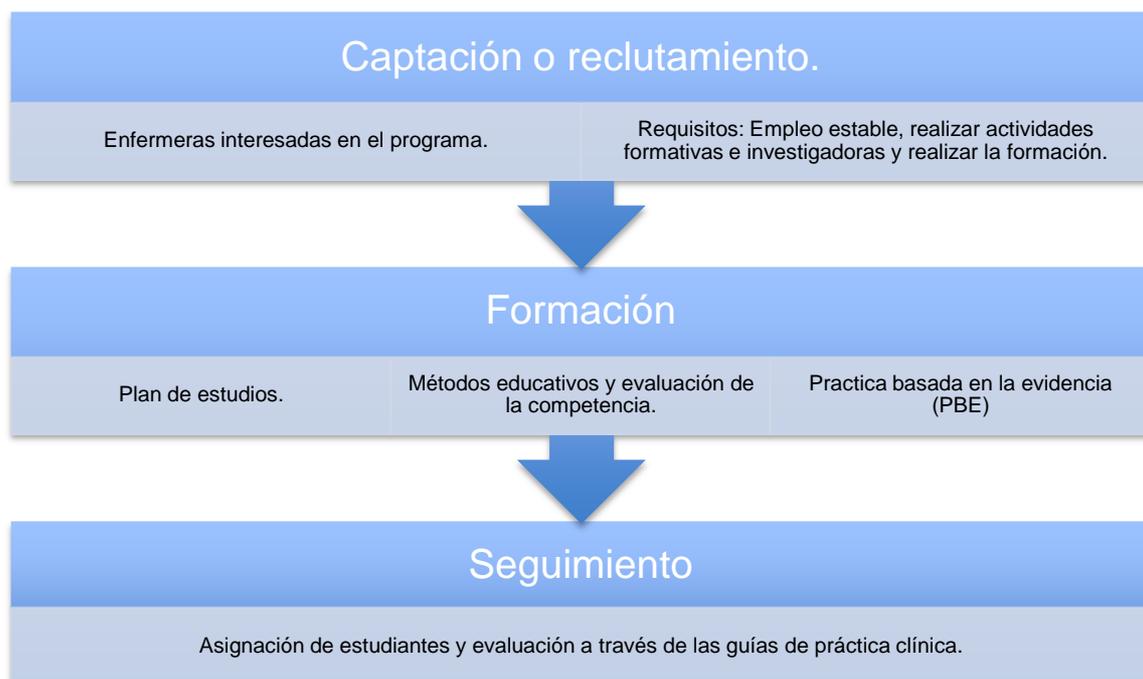
Siguiendo las recomendaciones de la literatura, las enfermeras de referencia, realizan formación y reciclaje de conocimientos que se imparten en la Universitat Jaume I, de forma gratuita y desde la Universidad se acredita su formación.

El programa de enfermeras de referencia está basado en experiencias previas similares (57,84,85) y uno de sus puntos más importantes es que previo a la recepción de estudiantes han sido formadas/os y acreditadas/os por la Universidad, adquiriendo el compromiso de tutela directa con el estudiantado desde su puesto de trabajo.

### 1.11. Programa de formación de Enfermería de referencia:

La ilustración 5 ofrece un resumen sobre el programa de Enfermería de referencia comentado.

Ilustración 5. Programa Enfermería de referencia.



### **1.11.1. Captación.**

La captación o reclutamiento de las enfermeras de referencia, se realiza con la colaboración de las direcciones de Enfermería, que, a petición de los responsables de la Universidad, convoca a las enfermeras de unidades asistenciales que, de manera voluntaria quieran conocer el plan de estudios y participar de manera voluntaria en el mismo.

Los profesionales interesados deben reunir los siguientes requisitos:

- Empleo estable de al menos un año en el mismo puesto de trabajo.
- Haber realizado acciones formativas o investigadoras con periodicidad anual.
- Asistir al programa formativo gratuito que facilita la Universidad.

### **1.11.2. Formación.**

A las enfermeras clínicas reclutadas, se les cita en la universidad para realizar la formación, de manera totalmente voluntaria. Se realizan tres sesiones de 4 horas cada una, impartido por profesorado experto en materia (Anexo 1: Programa de formación de ER):

1. Presentación del Plan de Estudios de Grado en Enfermería UJI, sobre todo en la integración teoría-prácticas simulada- práctica clínica.
2. Métodos educativos y evaluación de la competencia en el Espacio Europeo de Educación Superior.
3. Práctica Basada en la Evidencia para poder aplicar los cuidados de enfermería mediante la mejor evidencia disponible.

Una vez realizada esta formación, desde la Universitat se emite el certificado de acreditación y se incluyen en la base de datos.

El profesorado que realiza la formación del estudiantado en la universidad, durante el periodo clínico ayuda a la enfermera de referencia a realizar una planificación de las prácticas de acuerdo a los resultados de aprendizaje y las actividades propuestas

En el año 2014, después de dos cursos de implantación del programa, se realizó un estudio para valorar la satisfacción de las enfermeras clínicas con el programa de formación de enfermeras de referencia (74), observándose que el nivel de satisfacción global del curso era de 3,65 sobre 5, por lo que se considera que es un nivel de satisfacción aceptable, aunque es necesario seguir trabajando para realizar mejoras en la formación. El ítem peor cualificado fue "*posibilidad de aplicación práctica*", lo que



indica que para las enfermeras clínicas, es difícil de entender este nuevo paradigma educativo, debido a los diferentes planes de estudios existentes años atrás, o que los planes de estudios están lejos de la práctica clínica, apareciendo la constante pregunta de ¿Dónde está la buena práctica?

### 1.11.3. Seguimiento

Durante las prácticas clínicas el profesor financiado por la universidad y que al mismo tiempo es el profesorado responsable de la asignatura, realiza sesiones de seguimiento de las prácticas para solucionar las incidencias existentes. Al finalizar los periodos de prácticas clínicas se realiza una reunión con la enfermera de referencia para evaluar las prácticas clínicas y detectar aspectos de mejora.

Es importante que el programa de captación, formación y seguimiento de enfermeras de referencia se realice de forma voluntaria, ya que existen estudios en los que se detecta que algunas veces supone una actividad no deseada por parte de las enfermeras clínicas (86).

### 1.11.4. Situación actual.

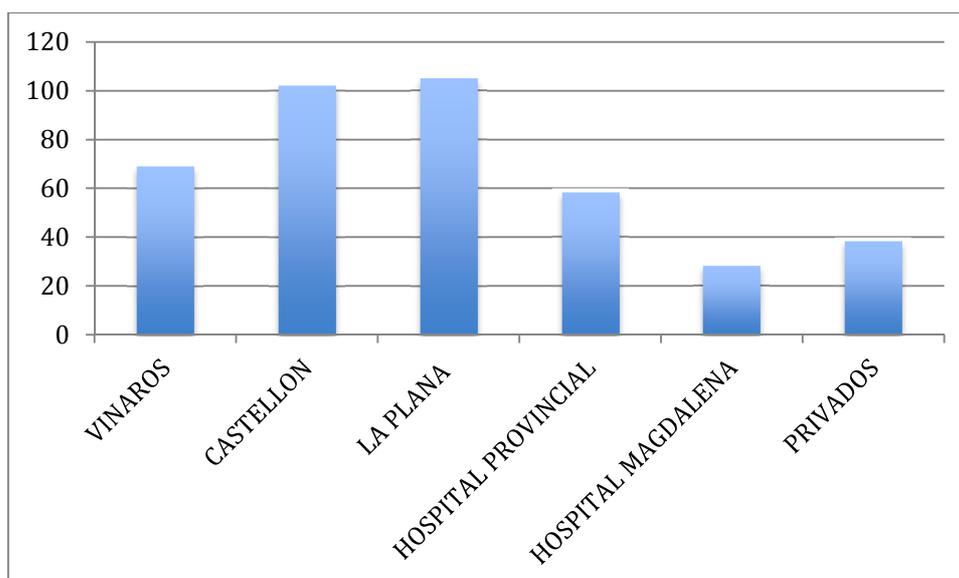
La provincia de Castellón cuenta con 1436 enfermeras que prestan servicios en los departamentos de salud de la provincia de Castellón (Departamento de Vinarós, Departamento de Castellón y Departamento de la Plana). En los últimos 5 años 426 enfermeras clínicas que prestan sus servicios en los centros sanitarios de la provincia de Castellón han sido incorporadas en el programa de formación de enfermeras de referencia. Por lo que actualmente, la Universitat Jaume I cuenta con 426 enfermeras de referencia acreditadas para 180 estudiantes de los cursos 2º, 3º y 4º donde se realizan prácticas clínicas dentro de las asignaturas. En la tabla 8 y la ilustración 6 se observa la ubicación de las enfermeras de referencia acreditadas, siendo el departamento de salud de La Plana el que más participa.

Tabla 8. Distribución de enfermeras de referencia UJI.

Enfermeras de Referencia UJI			
	PRIMARIA	HOSPITAL	Total
VINAROS	17	52	69
CASTELLO	29	73	102
LA PLANA	25	80	105
HOSPITAL PROVINCIAL		58	58
HOSPITAL MAGDALENA		28	28
CENTROS PRIVADOS		38	38
OTROS		26	26
<b>TOTAL</b>			<b>426</b>

Fuente: elaboración propia.

Ilustración 6. Distribución de Enfermeras de Referencia por Departamento de Salud.



Fuente: Elaboración propia.

Recientemente, se ha realizado un estudio sobre la adquisición de competencias en un bloque de asignaturas de segundo curso “Cuidados de enfermería en procesos asistenciales” en la UJI, y se ha observado que los resultados de aprendizaje teoría-práctica son positivos, ya que la adquisición de competencias en la materia Cuidados de enfermería en procesos asistenciales del Grado en Enfermería de la UJI se obtiene a partir de una metodología integradora, basada en las competencias y los resultados de aprendizaje teoría-práctica, que ofrece buenos resultados, por lo que se recomienda ampliar esta metodología al resto de materias del plan de estudios (87). Los autores concluyen que los resultados de la evaluación deben utilizarse para detectar aspectos de mejora en los procesos educativos.

También se ha observado que enfermeros clínicos que tutorizan estudiantes no utilizan la práctica basada en la evidencia, sobre todo por desconocimiento, y que tras la realización de programas de formación se ha incrementado el uso de la PBE (88).

En la Universitat Jaume I, se ha implementado una línea de investigación relacionada con innovación docente con objeto de seguir la evolución de las metodologías enseñanza-aprendizaje y entrar en un proceso de mejora continua de la calidad docente. Dada la relevancia de las enfermeras de referencia y las enfermeras clínicas en la adquisición de las competencias, es importante conocer su opinión y propuestas de mejora sobre el proceso enseñanza-aprendizaje que se lleva en UJI.

En este sentido el uso de herramientas de evaluación validadas supone el primer paso en un proceso de investigación. Tras la revisión de la literatura, no se han encontrado cuestionarios validados en este contexto para valorar la implicación que tienen los profesionales clínicos en las prácticas que realizan los estudiantes. Existen herramientas para valorar el entorno de prácticas clínicas desde la perspectiva del estudiante (61,63), pero no desde la de los profesionales, por lo que en el marco de la innovación docente se decide realizar la investigación que se presenta, con el diseño y validación de un instrumento que sea capaz de medir la implicación de los enfermeros clínicos en las prácticas de los estudiantes de grado en Enfermería.

### **1.12. Proceso de Validación de un cuestionario.**

El cuestionario, es un instrumento utilizado para la recogida de información, diseñado para poder cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista. Su finalidad es la comparabilidad de la información.

Junto con las entrevistas, el cuestionario es la técnica de recogida de datos más empleada en investigación. Al tratarse de una técnica menos costosa que la entrevista, el cuestionario permite al investigador llegar a un mayor número de participantes, facilita el análisis de datos y la inferencia de los mismos (89).

Sin embargo, los sesgos que pueden introducir en una investigación los datos recogidos con cuestionarios sin validar, disminuyen la calidad de cualquier investigación que pretenda aportar resultados fiables.

El objetivo de construir y validar un cuestionario es garantizar que al cuestionario que se diseña, se le puedan aplicar los mismos criterios de validez y fiabilidad que exigimos a cualquier aparato clínico, como por ejemplo, un esfigmomanómetro (84).

El proceso de construcción y validación de un cuestionario es complejo y requiere un conocimiento teórico claro de las dimensiones que se pretenden medir así como poseer conocimientos estadísticos avanzados que permitan realizar las pruebas estadísticas necesarias para la validación.

Un instrumento de medida, para ser válido, debe reunir las siguientes características (89):

- Ser adecuado para el problema que se pretende medir.

- Ser válido en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que se pretender medir y no otras.
- Ser fiable, preciso, con un mínimo de error de medida.
- Ser sensible de medir cambios tanto en los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo.
- Delimitar claramente sus dimensiones, de manera que cada una de ellas contribuya al total de la escala de forma independiente: Validez de constructo.
- Ser aceptado por paciente, usuarios, profesionales e investigadores.

### 1.13. Etapas de validación de un cuestionario.

Para realizar la validación de un cuestionario se deben seguir los pasos que se detallan en la ilustración 7.

Ilustración 7. Etapas de validación de un cuestionario.



### **1.13.1. Construcción de la escala:**

#### *1.13.1.1. Definición del constructo:*

El primer paso para diseñar el cuestionario, es definir y clarificar el rasgo que se desea medir, es decir, definir el constructo. Este proceso requiere una búsqueda de la literatura y la consulta de expertos en materia para poder observar si ya existe algún cuestionario diseñado para tal fin, o aportaciones de otros investigadores que nos puedan ayudar a realizar la redacción de los ítems o preguntas a cumplimentar.

#### *1.13.1.2. Propósito de la escala:*

Consiste en establecer el contenido del cuestionario, es decir, establecer la población a la que va dirigida, la forma de administración y formato del cuestionario.

#### *1.13.1.3. Normas de redacción:*

Para la composición y redacción de los ítems, se pueden tener en cuenta características y normas de redacción validadas, como las propuestas por Morales Vallejo (90), Martín Arribas (89) y Casas Anguita (91,92):

#### **CARACTERÍSTICAS DE LOS ÍTEMS:**

- Relevantes: Claramente relacionados con la actitud que se desea medir.
- Claros: Que todos los sujetos lo entiendan de la misma manera.
- Discriminantes: Se deben de redactar de manera que previsiblemente unos sujetos estén de acuerdo y otros no tanto. (Los ítems que todos o casi todos acepten o rechacen o van a contribuir a la fiabilidad de la escala y serán eliminados en el análisis de ítems. En el análisis de la fiabilidad podemos verificar si discriminan o no discriminan).
- Exhaustivos y mutuamente excluyentes.

#### **NORMAS DE REDACCIÓN:**

- Lenguaje adaptado al nivel sociocultural de los individuos encuestados.
- No redactar en forma negativa.
- Solo una idea por ítem.
- Formulados a partir de frases sencillas.
- Enunciados cortos (menos de 20 palabras).
- Evitar enunciados que estén redactados de manera que la gran mayoría de las personas que contesten coincidan en dar la misma respuesta.
- Evitar los adverbios genéricos “siempre”, “todos”, “nadie”.

## *Marco Teórico*

- Evitar el uso de la interrogación “porque”.
- Evitar preguntas que obliguen a hacer cálculos o esfuerzos de memoria.
- Evitar las preguntas que sitúen al encuestado a la defensiva.

Es interesante redactar ítems en dos direcciones positiva y negativa; unas veces el estar de acuerdo manifieste una actitud favorable (investigar es divertido) y otras veces desfavorable (investigas es aburrido), pero evitar el uso de palabras negativas como “no” o “nunca”, ya que pueden confundir al encuestado.

Realizar una secuencia lógica, ya que las preguntas que incluyen más de una idea producen confusión a los encuestados

### *1.13.1.4. Prevención de los sesgos de cumplimentación:*

Es conveniente controlar los posibles sesgos de cumplimentación lo que permite mejorar la validez cuestionario. Los sesgos más frecuentes encontrados en la literatura son:

- Error de tendencia central, es decir la tendencia a elegir entre las diferentes opciones de respuesta centrales.
- Evitar la deseabilidad social: se produce cuando se responde en función de lo que se considera socialmente aceptable.
- Sesgo de aprendizaje o de proximidad, que induce a contestar de manera similar las respuestas anteriores.
- Error lógico, que se produce cuando el encuestado considera que todos los ítems relacionados deben puntuarse igual.

### *1.13.1.5. Orden de los ítems:*

En relación al orden en el que se disponen los ítems, no está claro el orden que deben seguir, aunque algunas investigaciones sí que muestran que los ítems agrupados por temas (subescalas, dimensiones), tienen una mayor validez convergente y divergente que si aparecen de forma mezclada. De todas maneras, sí que resulta importante que estén presentados siempre en el mismo orden.

### *1.13.1.6. Numero de ítems:*

No hay un número óptimo de ítems. Como norma general se considera que el número mínimo de ítems para evaluar un fenómeno sea de 6 ítems (89) aunque puede ir de 10 a 90 (90). Se recomienda realizar el doble de ítems de los que van a necesitarse en la versión definitiva del cuestionario, ya que en la fase de análisis algunos de los ítems no serán seleccionados para la versión definitiva de la escala. Nunnally (93), sugiere unos

40 ítems como punto de partida para acabar reteniendo unos 20. Cuantos más ítems buenos se disponga (que no significa que tengan que ser muchos) mayor fiabilidad se alcanzará.

#### 1.13.1.7. Redacción de las respuestas:

Para las respuestas de preguntas cerradas hay que cumplir los siguientes requisitos (94):

- *Exhaustividad*: Las categorías de respuesta, deben cumplir todo el rango semántico de la pregunta, es decir, la respuesta que emita el sujeto debe tener cabida en las categorías de respuesta previstas al respecto. Este requisito es muy importante, sobre todo en los cuestionarios auto administrados.
- *Exclusividad*: Indica que las categorías de respuesta han de ser excluyentes entre sí, es decir, no debe haber duda en torno a la categoría de respuesta que refleja la respuesta del sujeto y ninguna categoría debe solaparse.

#### 1.13.1.8. Preparación de instrumentos adicionales:

Cuando se construye una escala, además de centrarnos en la redacción de la escala, también se tienen que construir otras preguntas para recoger datos adicionales. Esto se suele hacer después de haber redactado los ítems de la escala. Obtener datos adicionales de interés es importante porque permite hacer otras investigaciones sobre datos sociodemográficos, académicos o profesionales, y poder definir el perfil del encuestado y ver si hay asociaciones entre variables. Además, permite realizar una prueba piloto con personas pertenecientes a la población diana.

### 1.13.2. Validación de la escala.

La validación de la escala, se realiza una vez construido el cuestionario. Cuando se habla de validez, se habla de más de un proceso que de un cálculo. La validez no se prueba de manera categórica, sino que se van acumulando datos que van clarificando y ampliando el proceso de lo que se mide (90, 95).

En la literatura se describen diferentes tipo de validez, sin embargo, se trata de un proceso rutinario. La validez permite realizar inferencias e interpretaciones correctas de las puntuaciones que se obtengan al aplicar un test de validación que tiene como objetivo establecer la relación entre las puntuaciones obtenidas con la variable que se pretende medir (89).

1.13.2.1. Validez de contenido:

Hace referencia al grado en que los ítems de un cuestionario representan el constructo que se está midiendo. La validez de contenido se puede valorar, según el juicio del investigador, previamente a la creación del nuevo instrumento y realizada mediante una exhaustiva revisión de la literatura, y/o posteriormente recurriendo a paneles de expertos en el área de conocimiento para que evalúen la validez del contenido del nuevo instrumento. Hay que tener en cuenta que la validez de contenido constituye un elemento fundamental en toda prueba, pero no garantiza por sí misma niveles superiores de validez, necesita diferentes niveles de validez para valorar la capacidad del cuestionario de medir aquella dimensión para lo que ha sido diseñado. Mediante la validez de contenido se somete al cuestionario a valoración de personas expertas que deben juzgar la capacidad de este instrumento para evaluar las dimensiones que realmente se pretende medir (96).

1.13.2.2. Validez de contenido mediante paneles de expertos.

Cuando se cuenta con un panel de expertos, a los miembros del panel de opinión, se les pide que evalúen la pertinencia de cada uno de los ítems del instrumento construido por separado y del instrumento en su totalidad. Los paneles suelen constituirse por un mínimo de 5 expertos. Para la evaluación de la opinión de los expertos, se utilizan:

- Técnicas cualitativas como el Delphi, grupo focal, o grupo nominal.
- Índice de validez de contenido: El índice de validez de contenido (*Content Validity Indexing*; CVI) es utilizado por diversos investigadores (97-99) para determinar la validez de contenido de un cuestionario. Para obtenerlo, en primer lugar se solicita a un panel de expertos seleccionado para la investigación, que valoren la idoneidad y pertinencia de cada uno de los ítems del cuestionario en una escala de cuatro puntos (1= Nada adecuado; 2= Poco adecuado; 3= Adecuado; 4= Muy adecuado). Una vez obtenida la puntuación de los expertos se calcula la validez de contenido del ítem (I-CVI) que evalúa la calidad del ítem y el Overall Scale Average (S-CVI), que establece la validez global del instrumento, y es la media de todos los I-CVI del cuestionario.

1.13.2.3. Validez de constructo:

Evalúa el grado en que el instrumento refleja la teoría del fenómeno o del concepto que mide. La validez de construcción garantiza que las medidas que resultan de las



respuestas del cuestionario puedan ser consideradas y utilizadas como medición del fenómeno estudiado. La validez de constructo pretende responder a las siguientes preguntas: ¿Qué mide realmente este instrumento de medida?, ¿El instrumento diseñado mide adecuadamente el concepto abstracto que investiga?

La validez de constructo se define, por tanto, como la capacidad de un instrumento para medir adecuadamente un constructo teórico (89) y puede ser calculada por diversos métodos, pero el más frecuente es el análisis factorial, que agrupa las respuestas en función de factores subyacentes. Mediante este cálculo, se analizan interrelaciones existentes entre un conjunto de ítems para intentar explicar la validez a través de los factores que se extraen (100).

Previo al análisis factorial, se debe calcular:

- Medida de adecuación muestral: Se utiliza la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que contrasta si las correlaciones parciales entre las variables son suficientemente pequeñas (101). Los valores del KMO oscilan entre 0 y 1, siendo mejores cuanto más cercano a 1 este el valor, tal como observamos en la tabla 10. Valores bajos del KMO desaconsejan la utilización del Análisis factorial.

**Tabla 9. Valores KMO.**

Valor KMO	Adecuación
Entre 0,9 y 1	Muy bueno
Entre 0,9 y 0,8	Meritorio
Entre 0,8 y 0,7	Mediano
Entre 0,7 y 0,6	Mediocres
Entre 0,6 y 0,5	Bajo
Menos de 0,5	Inaceptables.

- Prueba de esfericidad de Bartlett: Se utiliza para descartar la hipótesis de que todas las correlaciones son cero, en cuyo caso no existirían correlaciones significativas entre las variables, por que realizar un análisis factorial no sería productivo.

1.13.2.4. Validez de criterio:

Este tipo de validez hace referencia a la relación con que los resultados obtenidos con el instrumento predicen o se relacionan con los resultados que se obtienen con otros instrumentos ya validados que miden una variable similar.

No siempre hay valores de referencia disponibles, por lo que muchas veces se recurre a utilizar instrumentos que han sido respaldados por otros estudios o investigaciones que nos ofrecen garantías de medir lo que deseamos medir (92). El grado de correlación entre los resultados de un instrumento y algún criterio externo se denomina “*Gold Standar*”.

1.13.2.5. Validez lógica o aparente:

Se refiere al grado en que una situación de medida parece ser válida desde el punto de vista del observador y parece medir lo que pretenda medir (102). La decisión sobre si las preguntas deben tener o no validez lógica o aparente ha de tomarse antes de iniciar su redacción. Si las preguntas carecen de validez lógica es muy probable que los sujetos a los que va dirigido rechacen contestar las preguntas. En algunas situaciones se observa que, cuando se intentan abordar temas muy sensibles o conflictivos, si se utilizan preguntas directas con muchas validez lógica, puede hacer que el sujeto no conteste o falsee su respuesta, por lo que a veces puede ser preferible realizar preguntas que aborden ese mismo tema pero de forma más indirecta, aunque tenga menor validez lógica (100,103).

La ilustración 8 muestra el proceso de validez de un cuestionario.

**1.13.3. Fiabilidad de la escala:**

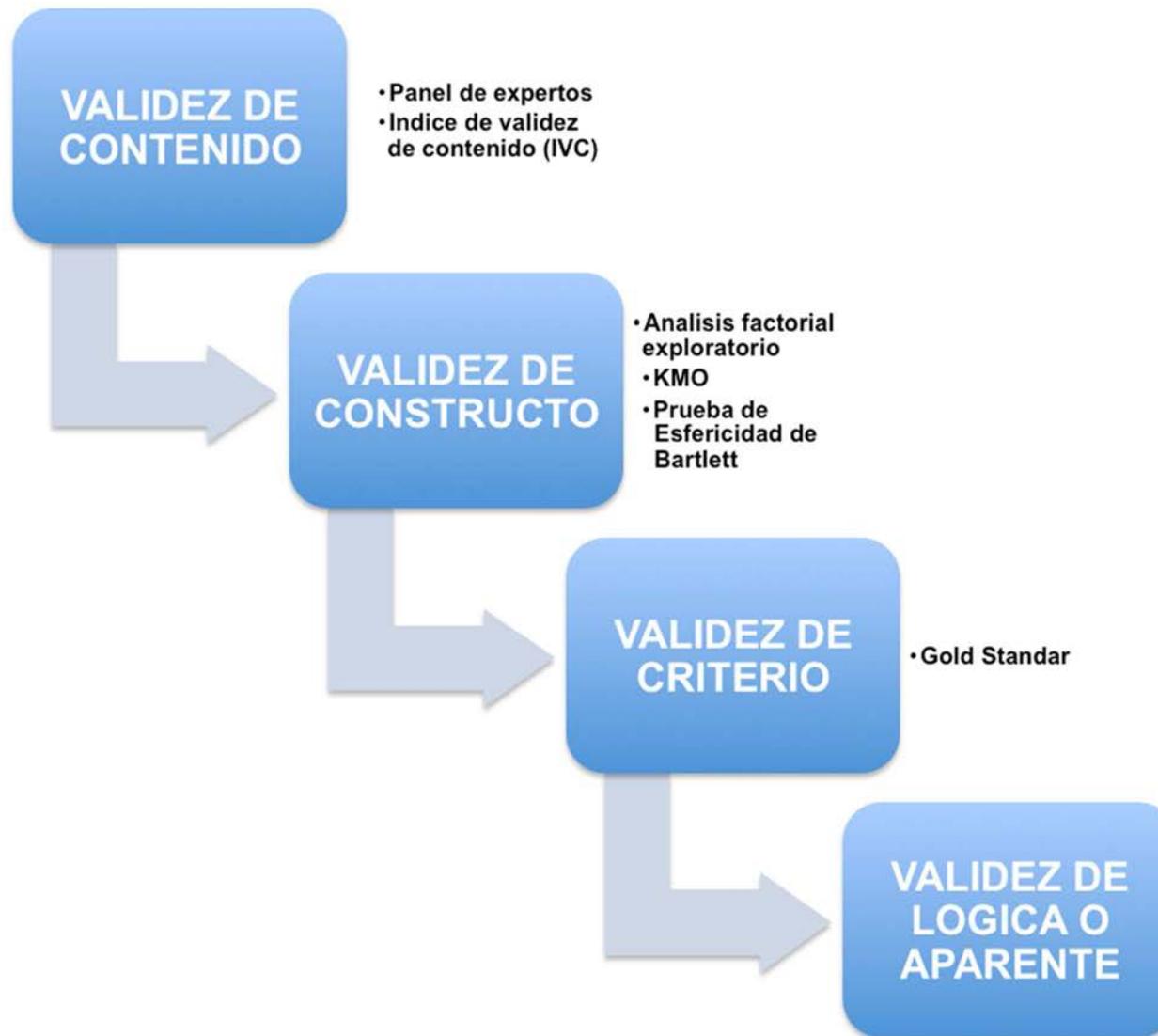
La fiabilidad es el grado con el que un instrumento mide con precisión lo que desea medir, es decir, sin error. La fiabilidad mide la proporción de variación en las mediciones que es debida a la diversidad de valores que adopta la variable y no es producto del error, mide la proporción de la variancia total atribuible a diferencias verdaderas entre los sujetos (89,100,103).

La fiabilidad indica la condición del instrumento de ser fiable, de ser capaz de ofrecer en su empleo repetido resultados veraces y constantes en condiciones similares de medición y puede verse afectada por dos tipos de errores:

- Error sistemático o sesgo: Se produce de forma sistemática.

- Error aleatorio: Se produce por factores debidos al azar. Por ejemplo: un encuestado puede dar puntuaciones superiores y otras veces inferiores a las correctas. Se trata del error que más afecta a la fiabilidad del instrumento.

Ilustración 8. Validez del cuestionario.



La evaluación de la fiabilidad de un instrumento se valora mediante 3 estrategias:

#### 1.13.3.1. *Consistencia interna:*

Se refiere al nivel en que los diferentes ítems o preguntas de una escala están relacionados entre sí. La homogeneidad de los ítems nos indica el grado de acuerdo entre los mismo y determina que se puedan acumular y dar una puntuación global, es decir, que los ítems que miden un mismo atributo presenta homogeneidad entre ellos. Una escala consistente garantiza que todos sus ítems miden un solo constructo que es homogéneo. Cuando un instrumento está formado por diferentes subescalas, cada una de las cuales pretender medir una dimensión diferente del mismo fenómeno, debe evaluarse la consistencia interna de cada una de las escalas (103).

La consistencia interna se puede medir a través de diferentes métodos estadísticos, siendo el alfa de Cronbach el más utilizado.

- Alfa de Cronbach: permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La medición de la fiabilidad a través del alfa de Cronbach asume que los ítems, medidos en una escala tipo Likert, miden el mismo constructo y que existe una correlación entre ellos. Los valores oscilan entre 0 y 1. Los valores más cercanos a 1 indican mejor consistencia interna. Se considera que existe una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es superior a 0,7 lo que supone que los ítems están correlacionados positivamente unos con otros, ya que miden en cierto grado una entidad común e indican el nivel de relación entre ítems o escalas (89,100,104,105).
- Correlación Ítem-Total: esta correlación indica la correlación lineal entre el ítem y la puntuación total.

#### 1.13.3.2. *Estabilidad temporal*

También denominada fiabilidad test-retest o fiabilidad intraobservador, esta prueba indica la concordancia obtenida entre los resultados del test al ser evaluada la misma muestra por el mismo evaluador en dos situaciones diferentes en el tiempo, por lo que mide la estabilidad de las puntuaciones otorgadas por el mismo evaluador en los mismos sujetos con el mismo método en momentos diferentes.

Se pueden encontrar dificultades ya que, si el tiempo transcurrido es demasiado largo, el fenómeno medido puede presentar variaciones ya que puede verse influenciado por un

cambio en el estado cognitivo de los sujetos (106), y si es demasiado breve puede haber un recuerdo de las respuestas lo que provoca un efecto de aprendizaje, además de que algunos sujetos pueden no aceptar una segunda aplicación del cuestionario. Según diferentes autores (107,108), se recomienda como intervalo para aplicar el retest, entre 1 semana y 2 meses, siendo el periodo más aconsejado entre 2 y 4 semanas.

La estabilidad temporal se puede medir a través de:

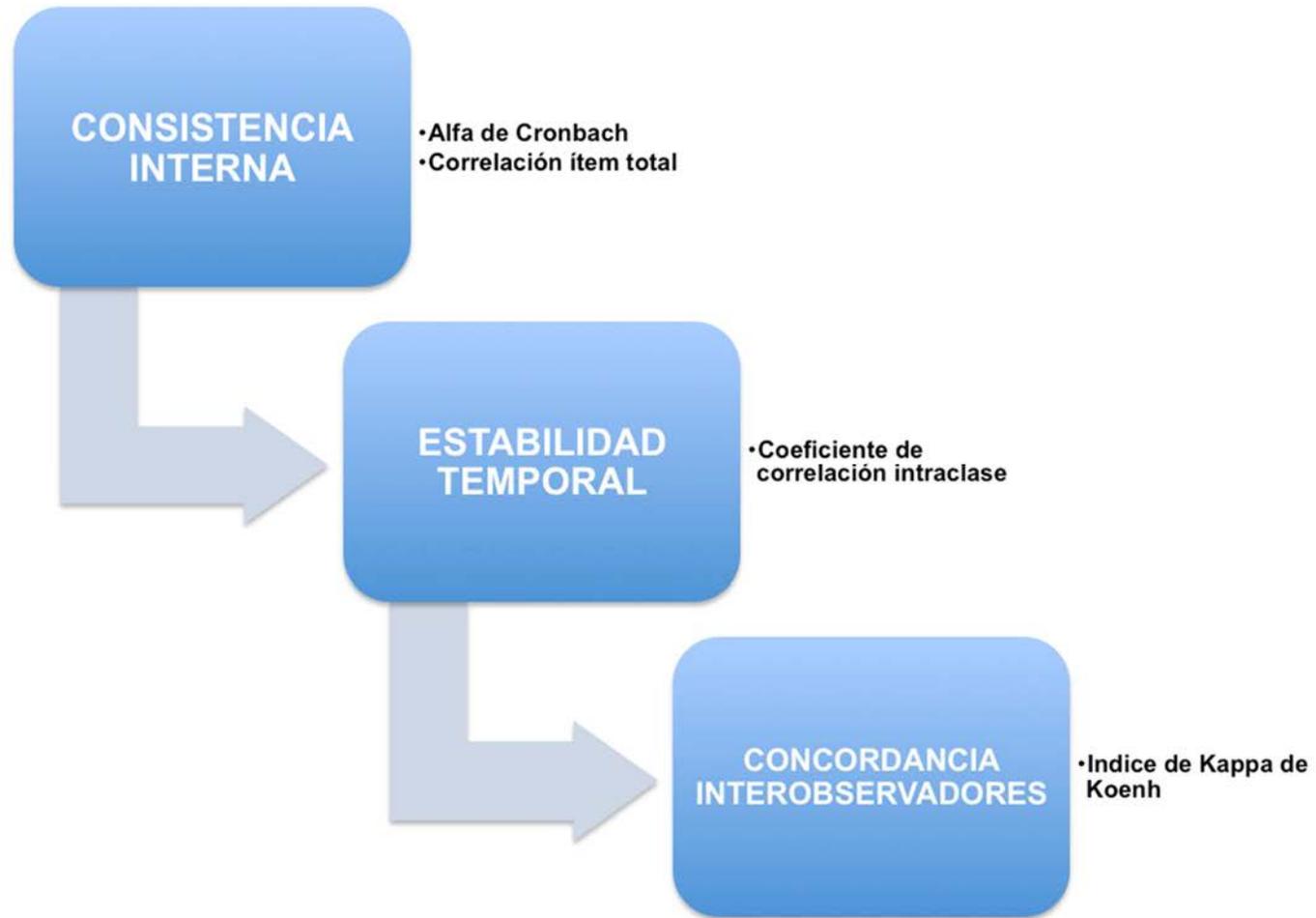
- Coeficiente de correlación intraclase (CCI): Utilizada para variables cuantitativas, que estima el promedio de las correlaciones entre todas las posibles ordenaciones de los pares de observaciones disponibles. La interpretación de CCI es bastante subjetiva y se han presentado diferentes tablas para su interpretación. Se considera la más apropiada la propuesta por Fleiss (109) y Landis y Koch (110), en la que valores por encima del 0,75 indican una correlación excelente.
- Índice de Kappa de Cohen: Utilizado para variables cualitativas.
  - Una correlación del 70% indica una fiabilidad aceptable.

#### *1.13.3.3. Concordancia interobservadores:*

Se refiere al grado de acuerdo que hay entre 2 o más evaluadores que valoran a los mismos sujetos con el mismo instrumento. Se analiza mediante el porcentaje de acuerdo y el índice de Kappa, pero no se suele utilizar en el proceso de validación de cuestionarios si se trata de una versión on-line.

La Ilustración 9 ofrece un resumen del proceso de fiabilidad de un cuestionario.

Ilustración 9. Análisis de la fiabilidad.



#### 1.13.4. Realización de una prueba piloto.

Previo al inicio del proceso de validación del cuestionario, es conveniente realizar una prueba piloto, que nos va a permitir valorar ciertas cuestiones como:

- Observar el proceso de recogida de datos en un escenario real y similar al que se recogerá la muestra.
- Seleccionar las preguntas más adecuadas.
- Verificar la comprensión de los enunciados.
- Comprobar si las respuestas están bien categorizadas.
- Observar la comprensión de las preguntas.
- Aproximación al tiempo estimado de respuesta del cuestionario.

Según la bibliografía consultada, se recomienda realizar la prueba piloto a una muestra con las mismas características que la población diana de estudio. El número de personas a las que se le administra el cuestionario varía en función de diferentes autores, siempre oscilado entre los 20 y 50 sujetos, semejantes a la población de estudio. En la tabla 10 se recogen las recomendaciones de diferentes autores para la elaboración del tamaño de la muestra de la prueba piloto.

**Tabla 10. Tamaño prueba piloto. Fuente: Elaboración propia.**

Autor	Recomendación
M.C. Martín Arribas (89)	Administrar el borrador del cuestionario a 30-50 personas, siendo aconsejable que se parezcan a los individuos de la muestra.
E. Sanchez Moreno (94)	Realizar un estudio piloto en una muestra reducida de entre 20 y 50 sujetos.
J. Casas Anguita (91)	Realizar una prueba piloto a un grupo entre 30 y 50 personas semejantes en características a la población objeto de estudio.

Como se ha mencionado, al no encontrar ningún instrumento validado en la literatura diseñado para dicho fin, se decidió construir uno para la investigación, validarlo, con objeto de comenzar a utilizarlo sobre muestras de población cada vez mayores que, anualmente puede contribuir a la mejora progresiva de la práctica clínica con la mejor evidencia científica.



## **2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**



## **2.1. Objetivos generales.**

1. Construir y validar una herramienta que permita analizar la implicación de las enfermeras clínicas en la formación práctica de estudiantes de grado en enfermería.
2. Estudiar el nivel de implicación de las enfermeras clínicas de la provincia de Castellón en el aprendizaje clínico de los alumnos de Grado en Enfermería.

## **2.2. Objetivos específicos.**

1. Determinar la validez de contenido de la herramienta mediante un grupo de expertos.
2. Establecer las propiedades psicométrica del cuestionario.
3. Conocer las características sociodemográficas y formativas de los enfermeros clínicos de la provincia de Castellón y su repercusión sobre el nivel de implicación en el aprendizaje clínico.
4. Identificar variables que influyen en el nivel de implicación de las enfermeras clínicas en la tutela de estudiantes durante las prácticas clínicas.



### **3. METODOLOGIA.**



### 3.1. Diseño, ámbito y población.

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, descriptivo para desarrollar y validar una herramienta que permitiese conocer el nivel de implicación de las enfermeras clínicas en la formación práctica de los estudiantes de enfermería. El estudio se llevó a cabo entre Enero y Noviembre de 2014. Tras la validación, se aplicó el cuestionario sobre una muestra de enfermeras de la provincia de Castellón.

La población a estudio estuvo formada por profesionales de enfermería que tutorizaron estudiantes de diplomatura o grado en enfermería. Se incluyeron los profesionales de centros de salud y hospitales de diferentes provincias españolas para tener una mayor accesibilidad a los sujetos de estudio. Se excluyeron los cuestionarios mal cumplimentados o aquellos en los que no se respondió al menos al 50% de los ítems. Se propuso un muestreo por conveniencia que incluía todas las Comunidades Autónomas de España.

A continuación se presenta la metodología organizada en dos fases con el objetivo de facilitar la lectura (Ilustración 10) .

Ilustración 10. Fases del estudio.

#### PRIMERA FASE

- Construcción del cuestionario
- Validación del cuestionario

#### SEGUNDA FASE

- Análisis de los resultados obtenidos tras administrar el cuestionario a una muestra de enfermeras clínicas de la provincia de Castellón

## **PRIMERA FASE: METODOLOGIA DE LA CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.**

El procedimiento para la construcción y validación del cuestionario siguió las siguientes fases: (1) revisión de la literatura, (2) redacción de los ítems, (3) selección de los ítems y validez de contenido, (4) prueba piloto, (5) análisis de la estabilidad temporal de cuestionario, (6) Validez de constructo y (7) análisis de la consistencia interna. En la página siguiente, la Ilustración 11 resume de forma esquemática el procedimiento seguido.

### **3.1. Fases de construcción.**

#### **3.1.1. Revisión de la literatura:**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos utilizando los descriptores “survey”, “mentor”, “clinical learning”, “preceptor” clinical training”, “nursing”.

- Los criterios de inclusión de los artículos fueron:
  - o Artículos escritos en los últimos 5 años.
  - o Tener acceso al documento completo.
  - o Artículos escritos en inglés o castellano.

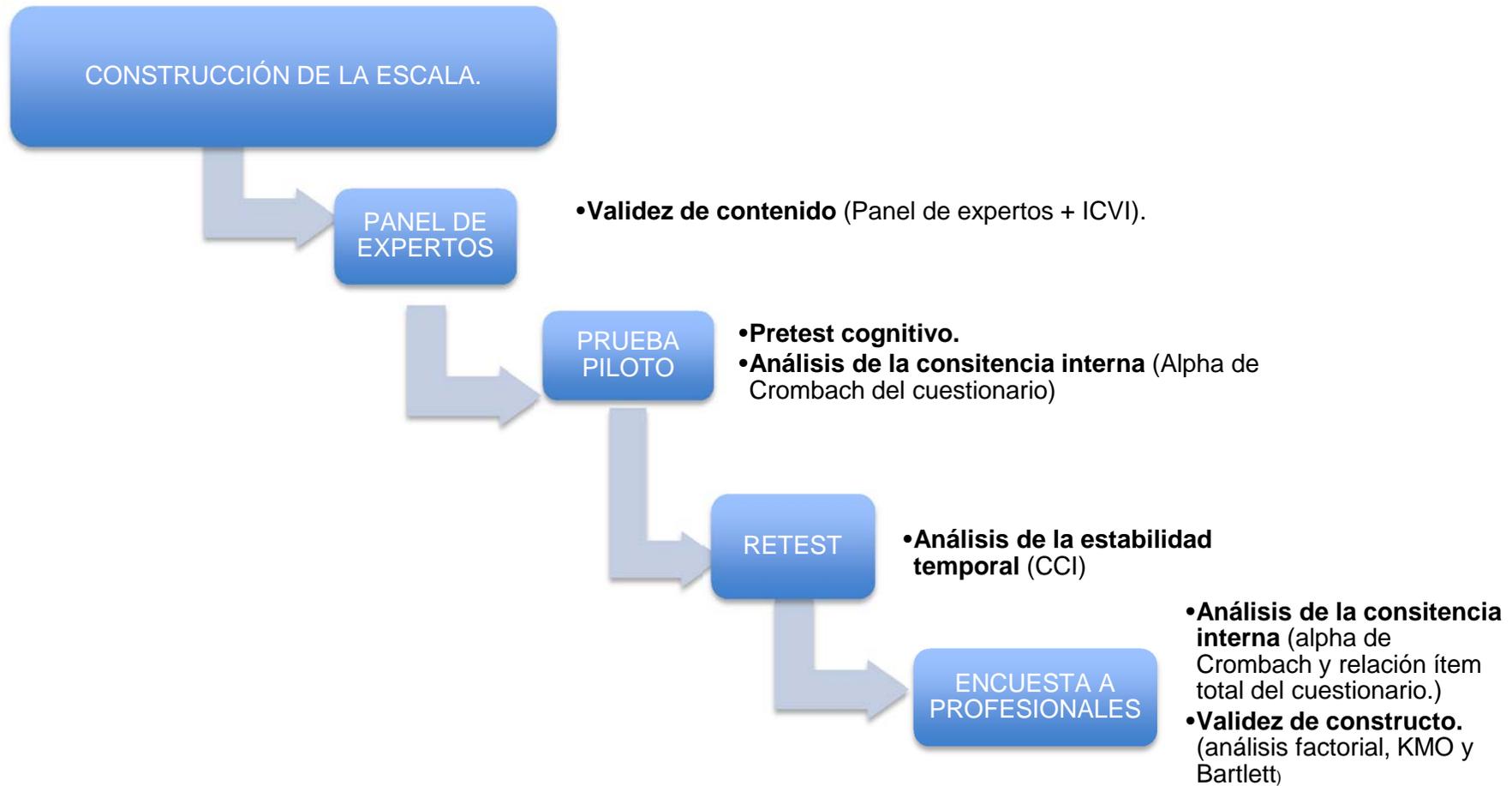
Se realizó una lectura del título y abstract de los artículos recuperados con la finalidad de identificar trabajos relacionados con el nivel de implicación de la enfermeras clínicas en la tutela de estudiantes durante las prácticas clínicas. Los artículos que guardaron relación con el objetivo de la búsqueda fueron rescatados a texto completo. Se realizó la lectura a texto completo de los artículos seleccionados para encontrar variables que pudieran estar relacionados con el posterior desarrollo del cuestionario. También se buscaron cuestionarios validados o sin validar de esta y otras disciplinas con la finalidad de encontrar variables que pudieran estar relacionados.

#### **3.1.2. Redacción de los ítems:**

Para redactar de forma idónea los ítems, se tuvieron en cuenta las normas de redacción propuestas por Morales Vallejo (90) y M. C. Martín Arribas (89). Para la elaboración de las dimensiones del cuestionario se tuvo en cuenta la lectura de la literatura. Para la selección de los ítems de cada una de las dimensiones del cuestionario, se solicitó la colaboración de un panel de expertos, con los que al mismo tiempo se realizó la validez de contenido.



Ilustración 11. Proceso de validación del cuestionario.



### **3.2. Selección de los ítems y validez de contenido.**

Para realizar la validez del contenido, se solicitó la colaboración de 5 personas expertas, siguiendo la metodología de Polit et al (98), formando un panel de expertos en este área de conocimiento. Los criterios de selección de los expertos fueron con el siguiente perfil:

- Doctor o Máster en Ciencias de la Enfermería.
- Más de 10 años de experiencia docente con estudiantes de Enfermería en asignaturas con práctica clínica.
- Procedentes de diferentes Universidades españolas

A los expertos se les envió por correo electrónico la versión inicial del cuestionario (Anexo 2: documento para los expertos), compuesto por 43 ítems, y se les solicitó que, valoraran la idoneidad y pertinencia de los ítems que componían cada dimensión evaluando mediante una escala Likert de 1 al 4 (1= Nada adecuado; 2= Poco adecuado; 3= Adecuado; 4= Muy adecuado). Los expertos dispusieron de 1 semana para completar la valoración. Se les indicó también la necesidad de plantear algún ítem de manera alternativa si no se comprendía suficientemente bien. Así mismo se les pidió que valorasen la adecuación global del cuestionario.

El cuestionario inicial que se envió a los expertos estaba formado por 4 dimensiones con un total de 43 ítems.

- Dimensión implicación: compuesta por 15 ítems.
- Dimensión motivación: compuesta por 11 ítems.
- Dimensión satisfacción: compuesta por 11 ítems.
- Dimensión obstáculos: compuesta por 6 ítems.

#### **3.2.1. Validez de contenido a través del índice de validez de contenido.**

La validez de contenido de los 43 ítems de la versión inicial del cuestionario se calculó a través del índice de validez de contenido (IVC). Se realizó a través de la metodología propuesta por Lynn (111) Polit et al. (98) y Polit & Beck (99), en la que se establece la validez de contenido de cada uno de los ítems con la correlación de probabilidad debida al azar.

Se precisó del cálculo de distintas variables necesarias para el análisis del CVI, fueron los siguientes:

- *Acuerdos (A)*: Número de expertos que valoraron el ítem entre 3 y 4 (Adecuado o muy adecuado) según la escala Likert.
- *Nivel de validez del ítem (I-CVI)* :

$$I - CVI: \frac{n^{\circ} \text{ de expertos que ha clasificado ítems con puntuaciones 3 o 4}}{\text{Total de expertos.}}$$

- o Criterio de valoración: Se consideraron aceptables las puntuaciones mayores o iguales al 76%.
- *Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar (P<sub>c</sub>)*.

$$p_c = \left[ \frac{N!}{A! (N - A)!} \right] * 0,5^N$$

- o Criterio de valoración: Se recomienda que los valores cuanto más pequeños sean, mejor.
- *Coefficiente de Kappa Modificado (K)*: Es calculado para designar la proporción de acuerdo sobre la relevancia del ítem.

$$k = I - CVI - \frac{p_c}{1} - p$$

- o Criterio de valoración: El criterio de valoración utilizado fue el propuesto por Fleiss (112), que establece 4 valoraciones del índice de Kappa modificado, en los que los ítems que obtienen un coeficiente de Kappa modificado, por debajo del 75% se eliminan del cuestionario. (Tabla 12).

**Tabla 11. Criterio de valoración de Kappa. Fuente: Fleiss 1981.**

Valoración	K
Excelente.	Mayor igual 0,75
Buena.	0,60-0,749
Débil	0,40-0,599
Pobre.	Menor de 0,40

- *Overall scale average (S-CVI)*: determina la media de las puntuaciones de todos los I-CVI y que nos refleja la importancia global del instrumento.

- Criterio de valoración: Puntuación por encima del 80% indican una validez elevada.

Para establecer la validez de contenido, se tiene en cuenta la propuesta por Polit et al (98), en relación al panel de 5 expertos tal como se observa en la tabla 11.

Tabla 12. Evaluación de I-CVI según los expertos utilizados.

Numero de expertos	Acuerdos	I-CVI	Pc	K	Evaluación
5	5	1.00	0.041	1.00	Excelente
5	4	0.80	0.156	0.76	Excelente

Fuente: Modificado de Polit et al.

Tras la realización de la validez del contenido, se tuvieron en cuenta las indicaciones aportadas por las cinco personas expertas y se realizaron diferentes modificaciones y adaptaciones de los ítems para la versión definitiva de los ítems.

Para la realización de la validez de contenido, solo se realizó un envío de propuesta de cuestionario a los expertos, ya que los resultados fueron adecuados, por lo que no se consideró necesario realizar más rondas.

### 3.3. Realización de la prueba piloto y pretest cognitivo:

Para iniciar la validación del cuestionario se planteó una prueba piloto, para detectar los posibles problemas de comprensión, respuesta, codificación y funcionamiento de las dimensiones, así como las categorías de respuesta y la comprensión en general. Siguiendo las metodologías propuestas por diferentes autores (89,91,94), se realizó la prueba piloto con un grupo de 30 enfermeras clínicas procedentes de la población objeto de estudio.

El cuestionario que se llevó a cabo en la prueba piloto, estaba compuesto por 34 ítems tras las modificaciones realizadas por la aportación de los expertos y el cálculo del índice de validez de contenido (Anexo 3: Prueba piloto). Uno de los objetivos que se pretende alcanzar mediante la prueba piloto es valorar el comportamiento de cuestionario, el proceso de recogida de datos en un escenario real y similar al que se recogerá la muestra, es por esto que se decidió aplicar la prueba piloto a una muestra con las mismas características que la población diana de estudio (enfermeras clínicas que tutorizan estudiantes).

Al mismo tiempo que se realizó la prueba piloto, también se realizó el pretest cognitivo con la finalidad de averiguar si las preguntas eran entendidas de forma consistente por parte de los profesionales que presentaban las mismas características que la población sobre la que finalmente iba a ir dirigido el cuestionario. Para realizar el pretest cognitivo, el investigador principal se entrevistó con los encuestados a los que se les realizó la prueba piloto para poder obtener los datos del pretest cognitivo.

Se observó si las preguntas realizadas eran entendidas por las personas a las que iban dirigidas, también se valoraron los siguientes aspectos para analizar el cuestionario en su conjunto:

- Valoración del aspecto formal.
- Dificultad de los ítems.
- Dificultad general del cuestionario.
- Tiempo de cumplimentación.

### 3.3.1. Análisis de la consistencia interna de la prueba piloto:

Con los datos obtenidos en la prueba piloto se realizó un análisis de la consistencia interna a través del alfa de Cronbach, este dato permitió determinar la validez inicial del cuestionario (113,114).

- Criterio de valoración: Los valores más cercanos a 1 indican mejor consistencia interna. Como criterio para valorar este parámetro estadístico se utilizó la literatura de George y Mallery (115), que sugieren las siguientes recomendaciones para evaluarlo.

Tabla 13. Valor Coeficiente alfa.

VALOR	INTERPRETACIÓN
Coeficiente alfa > 0,9	Excelente
Coeficiente alfa > 0,8	Bueno
Coeficiente alfa > 0,7	Aceptable
Coeficiente alfa > 0,6	Cuestionable
Coeficiente alfa > 0,5	Pobre
Coeficiente alfa < 0,5	Inaceptable.

Tras la realización de la prueba piloto y pretest cognitivo, se realizaron los cambios y modificaciones necesarias en la redacción de los ítems y se suprimió uno de los ítems por aportación de los profesionales de los centros de atención primaria.

### 3.4. Análisis de la estabilidad temporal.

Se utilizaron 10 sujetos para evaluar la estabilidad de la escala. La primera fase (junto a la prueba piloto) se llevó a cabo a finales de Enero de 2014, en la segunda fase, entre 20 y 30 días después, se realizó un test-retest a los mismos encuestados para comprobar la estabilidad temporal de la escala. Los cuestionarios fueron identificados de manera que garantizaron el anonimato del encuestado.

Para determinar la estabilidad temporal del cuestionario, se calculó el “Coeficiente de correlación intraclase” (CCI) de cada ítem de forma individual, de cada dimensión y del global de los ítems del cuestionario.

- Criterio de valoración: Valores cercanos a 1 indican mejor correlación. Una correlación superior al 75% indica una fiabilidad excelente tal como se observa en la tabla 14.

Tabla 14. Valores del coeficiente de correlación intraclase. Fuente: Fleiss 1986.

Valor	Nivel de fiabilidad
CCI < 0,4	Baja
CCI= 0,4-0,75	Regular-Buena
CCI >0,75	Excelente.

### 3.5. Análisis de la fiabilidad:

Una vez realizada la prueba piloto, el pretest cognitivo y el retest, se realizaron las modificaciones en función de los resultado obtenidos, se realizaron los cambios y se administró el cuestionario a 249 profesionales de diferentes comunidades autónomas del territorio español para confirmar la validación del cuestionario, considerando la metodología propuesta por Nunally et al (93) respecto al tamaño de la muestra para validar cuestionarios. Una vez obtenidos los cuestionarios cumplimentados se realizó el análisis definitivo del cuestionario.

#### 3.5.1. Validez de Constructo:

Para realizar la validez del constructo se llevaron a cabo las siguientes pruebas:

- Índice KMO (Kaiser, Meyer y Olkin): Medida de adecuación muestral. La prueba KMO se interpretó según lo propuesto por Kaiser (116)
  - o Criterios de valoración: Sus valores oscilan entre 0 y 1, siendo mejores cuanto más cercanos a 1.

Tabla 15. Valor KMO.

Valor	Interpretación
$KMO \geq 0,9$	Muy bueno
$KMO \geq 0,8$	Notable
$KMO \geq 0,7$	Mediano
$KMO \geq 0,6$	Bajo
$KMO < 0,5$	Muy bajo

- Prueba de esfericidad de Barlett: Se Utilizó para descartar la hipótesis de que todas las correlaciones son cero.
- Análisis factorial exploratorio: Se realizó un análisis factorial exploratorio con un método de extracción de factores. Se escogió el análisis de componentes principales con rotación varimax, y se optó por forzar una solución factorial con 5 factores.

### 3.6. Análisis de la validez.

#### 3.6.1. Análisis de la consistencia interna.

Se realizó utilizando como medida el Alfa de Cronbach. El coeficiente de Alfa de Cronbach se utilizó tanto en la prueba piloto, para obtener una idea de la posibilidad de valoración, como en la versión definitiva del cuestionario para confirmar la validación del cuestionario. Se calculó la relación ítem-total del cuestionario, para determinar si era necesario eliminar algún ítem no correspondiente.

### 3.7. Fuentes de información y recogida de datos.

Para la recogida de datos de la prueba piloto, se realizó una encuesta con escala tipo Likert auto administrada y entregada de forma única a las enfermeras clínicas. La puntuación de la escala Likert fue la siguiente (1: Totalmente en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4: De acuerdo, 5: Totalmente de acuerdo.) Se trató de un cuestionario voluntario y anónimo.

La recogida de datos, se realizó en formato papel, el investigador principal se reunió con cada uno de los sujetos que formaron parte de la prueba piloto para realizar al mismo tiempo el pretest cognitivo. El retest y la recogida de datos de los cuestionarios para realizar la validación, se realizó mediante el recurso informático "google drive". Se envió

## *Metodología*

una carta de presentación a las enfermeras clínicas, con un enlace a la plataforma “Google drive” donde contestaron los cuestionarios de forma anónima y voluntaria. (Anexo 4: Carta de presentación y cuestionario online). Los datos recogidos a través del “Google Drive” se codificaron en hoja Microsoft Excel y SPSS versión 21 para sistema operativo IOS. Todas las bases de datos del proyecto estaban protegidas electrónicamente con códigos que limitaban el acceso únicamente a los investigadores.



## **SEGUNDA FASE DE LA INVESTIGACIÓN: METODOLOGIA DEL ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS ADMINSTRAR EL CUESTIONARIO A UNA MUESTRA DE ENFERMERAS CLÍNICAS DE LA PROVINCIA DE CASTELLON.**

Una vez demostrada la fiabilidad y validez del cuestionario diseñado, se realizó un primer envío de cuestionarios para analizar la implicación de los enfermeros clínicos de la provincia de Castellón.

### **3.8. Diseño:**

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, analítico basado en un cuestionario on-line para conocer el nivel de implicación de las enfermeras clínicas de la provincia de Castellón en el aprendizaje clínico de los estudiantes de enfermería.

### **3.9. Población y muestra.**

La población objeto de estudio estuvo integrada por todas las enfermeras clínicas que trabajan en los centros sanitarios públicos o privados de la provincia de Castellón donde los estudiantes del grado en enfermería de la UJI realizan sus prácticas clínicas.

El cálculo del tamaño muestral se realizó considerando la cantidad de enfermeras clínicas que trabajaban en los tres departamento de salud de la provincia de Castellón en diciembre de 2014 (n=1436). No se obtuvieron los datos de la cantidad de enfermeras que trabajan en los centros privados.

De acuerdo con los resultados del programa GRANMO se consideró suficiente una muestra aleatoria de 112 cuestionarios, considerando una confianza del 95%, una precisión de +/- 3 puntos y una desviación estándar de alrededor de quince puntos sobre la puntuación global del cuestionario. Se consideró un porcentaje de reposición del 20%.

Se excluyeron los cuestionarios en los que al menos el 50% de los ítems no estaban correctamente cumplimentados o no aportaban los datos sociodemográficos.

### **3.10. Variables objeto de estudio:**

Se estudiaron las siguientes variables:

**3.10.1. Variables sociodemográficas:**

- Fecha de nacimiento.
- Nivel máximo de titulación.
  - ATS.
  - DUE.
  - Grado.
  - Master.
  - Doctorado.
  - Otro.
- Formación de postgrado oficial.
  - Ninguno.
  - Entre 1 y 3.
  - Entre 4 y 6.
  - Más de 6.
- Formación de postgrado no oficial.
  - Ninguno.
  - Entre 1 y 3.
  - Entre 4 y 6.
  - Más de 6.
- Comunicaciones a congresos.
  - Ninguno.
  - Entre 1 y 3.
  - Entre 4 y 6.
  - Más de 6.
- Nivel de inglés:
  - A1.
  - A2.
  - B1.
  - B2.
  - C1.
  - C2.
  - Ninguno.

- Situación laboral.
  - o Contratado Laboral.
  - o Eventual.
  - o Interino.
  - o Fijo.
- Entorno laboral.
  - o Atención Primaria.
  - o Atención Especializada.
  - o Atención Socio sanitaria.
  - o Otra.
- Tutorización de estudiantes en los últimos 5 años:
  - o Sí.
  - o No.
- Enfermera de referencia:
  - o Sí.
  - o No.

### **3.10.2. Variables relacionadas con la implicación de las enfermeras**

El cuestionario definitivo y validado (Anexo 5: Cuestionario IMSOC) administrado a los enfermeros clínicos de la provincia de Castellón, estaba formado por los datos sociodemográficos y un total de 33 ítems distribuidos en 5 dimensiones de la siguiente manera:

- Dimensión Implicación: Los ítems de esta dimensión hacen referencia a la participación voluntaria en el proceso de tutorización de estudiantes.
  - o Compuesta por 8 ítems.
- Dimensión Motivación. Los ítems de esta dimensión hacen referencia a los motivos por los que los profesionales tutorizan estudiantes.
  - o Compuesta por 6 ítems.
- Dimensión Satisfacción. Los ítems de esta dimensión hacen referencia al sentimiento de bienestar que puede generar la tutorización de estudiantes.
  - o Compuesta por 8 ítems.
- Dimensión Obstáculos. Hace referencia a las dificultades que los profesionales deben de afrontar en el proceso de tutela.
  - o Compuesta por 6 ítems.

- Dimensión Compromiso. Estos ítems hacen referencia a la obligación contraída por la persona que se compromete a tutorizar estudiantes.
  - o Compuesta por 5 ítems.

Los ítems se respondieron con una escala tipo Likert de 5 puntos (1: Totalmente en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4: De acuerdo, 5: Totalmente de acuerdo.),

Todos los ítems del cuestionario administrado a los profesionales se respondieron con la escala Likert en sentido ascendente. Los ítems de la dimensión Obstáculos no se redactaron en sentido inverso para facilitar su comprensión por parte de los sujetos, pero para realizar el análisis de los datos, en la dimensión obstáculos se realizó una inversión de la escala de manera que, los profesionales con puntuaciones más altas son los que menos obstáculos encontraron en el proceso de tutorizar estudiantes.

El rango de puntuación obtenido por los profesionales podía oscilar entre 33 y 165 puntos, considerándose mejores resultados al obtener puntuaciones más altas. Una vez invertidos los ítems de la dimensión obstáculo, se estableció que puntuaciones medias más elevadas indicaban una puntuación global mayor en la tutorización de estudiantes. El rango de puntuaciones del cuestionario fueron las que se indican en la tabla 16.

**Tabla 16. Rango de puntuaciones del cuestionario.**

	Mínimo	Máximo
IMPLICACION	8	40
MOTIVACION	6	30
SATISFACCION	8	40
OBSTACULOS	6	30
COMPROMISO	5	25
GLOBAL	33	165

### **3.11. Análisis de datos**

#### **3.11.1. Análisis descriptivo univariante**

Se llevó a cabo un análisis univariante de las variables sociodemográficas del estudio (apartado 3.10.1) mediante distribución de frecuencias y proporciones para las variables categóricas, y media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo para la media de las variables continuas.

Los ítems del cuestionario se analizaron de forma descriptiva (máximos, mínimos, media y desviaciones típicas y varianzas).

### **3.11.2. Análisis bivariante**

Se realizó un análisis bivariante para determinar si existía relación entre las variables sociodemográficas y la puntuación total de cuestionario, así como de sus ítems. Para las variables continuas se estudiaron las condiciones de aplicación de los test paramétricos. La normalidad se estudió con el test de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con el test de Levene.

En función de los resultados se aplicó la prueba t de Student (como prueba paramétrica) o U de Mann Whitney (como prueba no paramétrica) en caso de dos grupos, y ANOVA (como prueba paramétrica) o Kruskal-Wallis (como prueba no paramétrica) en caso de tres o más grupos.

### **3.11.3. Análisis multivariante**

El nivel de implicación de las enfermeras clínicas de la provincia de Castellón que tutelan estudiantes durante las prácticas se midió a través del cuestionario IMSOC y de cada una de sus dimensiones. De acuerdo con el rango de puntuación del cuestionario (mínimo 33 y máximo 165) se establecieron tres categorías ordinales del nivel de implicación de las enfermeras clínicas de la provincia de Castellón que tutelan estudiantes de enfermería. Del mismo modo, se establecieron 3 categorías ordinales en cada una de las dimensiones del cuestionario (Tabla 17).

**Tabla 17: Categorización ordinal del cuestionario y sus dimensiones.**

	Rangos	Categorías ordinales	Rangos
Global cuestionario	33-165	No adecuado	33-76
		Adecuado	77-120
		Excelente	121-165
Implicación	8-40	No adecuado	8-18
		Adecuado	19-29
		Excelente	30-40
Motivación	6-30	No adecuado	6-13
		Adecuado	14-22
		Excelente	22-30
Satisfacción	8-40	No adecuado	8-18
		Adecuado	19-29
		Excelente	30-40
Obstáculos*	6-30	No adecuado	6-13
		Adecuado	14-22
		Excelente	22-30
Compromiso	5-25	No adecuado	5-11
		Adecuado	12-18
		Excelente	19-25

\*Los ítems de la dimensión obstáculos son inversos.

Las variables independientes o predictores, fueron todas las variables sociodemográficas del estudio. Las siguientes variables se recodificaron ya que alguna de sus categorías tenían una frecuencia de 0 o demasiado baja:

- Nivel máximo de titulación.
  - Enfermera (ATS, DUE, grado, otro).
  - Máster.
- Formación de postgrado oficial.
  - Ninguno.
  - Entre 1 y 3.
  - Más de 4.
- Formación de postgrado no oficial.
  - Ninguno.
  - Entre 1 y 3.
  - Más de 4.
- Comunicaciones a congresos en los últimos 5 años.
  - Ninguno.
  - Entre 1 y 3.
  - Más de 4

- Nivel de inglés.
  - Ninguno.
  - A1-B1.
  - B2-C2
- Tipo de contrato.
  - Interino.
  - Fijo.
  - Otros.
- Entorno laboral.
  - Atención primaria.
  - Atención especializada.
  - Otro.

La variable edad se consideró ordinal (menos de 30 años, entre 31 y 40 años, entre 41 y 50 años, entre 51 y 60 años y más de 60 años). No se recodificaron las variables Enfermero de referencia y Tutorización de estudiantes en los últimos cinco años por ser dicotómicas.

Se estudió la distribución de los sujetos en las tres categorías de la variable dependiente (cuestionario y sus dimensiones), de acuerdo con los resultados obtenidos en la muestra estudiada. Se empleó el método de máxima verosimilitud, utilizando un método de enlace Log-Log complementario ya que se esperaba que la categoría superior de la variable dependiente fuese la más frecuente.

Para el cuestionario y cada una de sus dimensiones, se realizó una primera regresión logística ordinal (RLO) incluyendo como independientes, todas las variables sociodemográficas para calcular los estadísticos “z” de Wald. Esta prueba evalúa la significación estadística de una variable explicativa sobre la variable dependiente, bajo el siguiente contraste de hipótesis:

$H_0: \beta_i=0$  (la variable dependiente es independiente de la variable explicativa)

$H_1: \beta_i \neq 0$  (la variable dependiente es dependiente de la variable explicativa)

La RLO es una extensión de la regresión logística binaria aplicada a una variable dependiente de carácter ordinal politémica, que no necesariamente responde a una distribución normal, sobre un conjunto de variables independientes o predictores. Al igual que la regresión logística binaria, la RLO predice la probabilidad de pertenecer a cada una de las categorías de la variable dependiente. La RLO contempla la

comparación simultánea de más de un contraste y, a menudo involucra modelos logísticos acumulativos, de acuerdo con el siguiente logaritmo (117).

$$\text{logit} [P (Y \leq j |x| ) ] = \alpha_j + \beta'x, \quad j=1,\dots,g-1$$

Dónde:

P= probabilidad

Y= variable dependiente

x= variable independiente o predictor

$\alpha_j$ = interceptores de las categorías de la variable dependiente

$\beta$ = coeficientes de las variables explicativas.

En función de los resultados, se incluyeron en el modelo de análisis, las variables con significación estadística en al menos una de sus categorías. Se debe tener en cuenta que la categoría superior de cada variable independiente sirve como punto de referencia de los logaritmos acumulativos que realiza el modelo, por lo que se considera redundante y no se estima en el modelo. Se realizó una nueva RLO y se exploró la bondad del ajuste del modelo mediante las siguientes pruebas:

- Estadístico G de razón de verosimilitud: prueba de ajuste global que indica si el ajuste del modelo mejora significativamente con la introducción de las variables, respecto al modelo con solo la constante.

$H_0$ : El modelo es adecuado sin la inclusión de variables explicativas

$H_1$ : El modelo no es adecuado sin la inclusión de variables explicativas

- Pruebas chi cuadrado de Pearson y chi cuadrado sobre la base de desviación: determinan si los datos observados son incompatibles con el modelo ajustado, de acuerdo con los siguientes contrastes de hipótesis:

$H_0$ : El modelo ajusta adecuadamente a los datos

$H_1$ : El modelo ajusta adecuadamente a los datos

Para medir la variabilidad explicada, se consideró como Coeficiente de Determinación el pseudo- $R^2$  de Nagelkerke, que resume la proporción de la variabilidad en la variable dependiente asociada a las variables independientes (predictores). Se consideran valores aceptables los cercanos a 0,5, ya que se sabe que es difícil que este tipo de estadísticos alcancen valores cercanos a 1, por lo que sus resultados deben considerarse con cautela y siempre acompañados del resto de medidas de bondad del ajuste (117). Se utilizó la prueba de líneas paralelas para verificar la idoneidad de los coeficientes de las variables independientes y determinar la viabilidad del modelo, de acuerdo al siguiente contraste de hipótesis:



$H_0$ : Los coeficientes  $\beta$  son los mismos entre las categorías de respuesta

$H_1$ : Los coeficientes  $\beta$  no son los mismos entre las categorías de respuesta

Como último paso, para evaluar la capacidad de predictiva de los diferentes modelos, las categorías pronosticadas se almacenaron en la base de datos y se obtuvo el índice de concordancia (acuerdo observado), global y para cada categoría, mediante tablas de contingencia.

### **3.12. Fuentes de información y procedimiento de recogida de datos.**

El cuestionario fue la fuente de información primaria. Para la versión definitiva, se elaboró una versión en soporte electrónico mediante Google Drive y, junto con las variables sociodemográficas, fue enviado por correo electrónico a todas las enfermeras clínicas de la provincia de Castellón. En el correo electrónico se incluyó una carta de presentación que informaba de la metodología y objetivos del estudio, e informaba de carácter voluntario, confidencial y anónimo. Se envió un recordatorio 30 días después del primer envío con la finalidad de aumentar el número de respuestas de cuestionario. La recogida de datos, la realizó la investigadora principal.

### **3.13. Consideraciones éticas.**

Se respetaron los principios éticos de la investigación científica biomédica de acuerdo a la legislación española en materia de protección de datos (Ley 42/2002 de 14 de Noviembre; Ley 15/1999 del 15 de diciembre). Se contó con el consentimiento verbal de todos los expertos y las enfermeras que participaron en la prueba piloto. El cuestionario enviado en la segunda fase a las enfermeras clínicas no recogía datos de carácter personal que permitiesen su identificación y su cumplimentación fue absolutamente voluntaria. Para garantizar la confidencialidad de los datos, toda la información se mantuvo codificada bajo contraseña.

### 3.14. Plan de trabajo.

En la tabla 18 se muestra el cronograma de la investigación.

Tabla 18. Cronograma de la investigación.

Actividad	2013			2014												2015											
	Sep	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	
Revisión de la literatura relacionada con la tutorización de estudiantes	■	■																									
Redacción de los ítems del cuestionario			■																								
Panel de expertos																											
Análisis de la validez de contenido				■	■																						
Realización de la prueba piloto				■	■																						
Realización de pretest cognitivo				■	■																						
Análisis de la consistencia interna de la prueba piloto						■	■	■																			
Realización del retest						■	■	■																			
Encuesta a profesionales						■	■	■	■																		
Fiabilidad del cuestionario: Análisis de la consistencia interna										■	■	■	■														
Validez de constructo											■	■	■	■													
Análisis de los resultados																							■	■	■		

## **4. RESULTADOS.**



## PRIMERA PARTE: RESULTADOS DE LA CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.

### 4.1. Resultados de la fase de construcción:

#### 4.1.1. Resultado de la revisión de la literatura:

En la literatura revisada, no se encontró ningún cuestionario en castellano o inglés, validado o no, que evaluara las dimensiones y variables propuestas en nuestro estudio, Sin embargo, se encontraron estudios donde se contemplaban dimensiones e ítems que se incluyeron en el cuestionario elaborado. Tras la lectura de la literatura, se construyó un cuestionario con un total de 43 ítems.

### 4.2. Resultados de la fase de validación.

#### 4.2.1. Resultados de la validez de contenido:

Un total de 5 expertos participaron en el proceso de validez de contenido de la herramienta.

Las características de los expertos fueron las siguientes:

- El 85,71% eran Doctores.
- El 14,28% Master en Ciencias de la Enfermería.
- Poseían más de 10 años de experiencia con estudiantes de Enfermería en asignaturas con práctica clínica.
- Distribuidos en distintos puntos geográficos (Alicante, Barcelona, Extremadura, Asturias, Andalucía).

Tras el análisis, todas las dimensiones de cuestionario obtuvieron puntuaciones de S-CVI superiores a 0,8, excepto la dimensión Satisfacción que obtuvo una puntuación ligeramente inferior, con un S-CVI=0,763 (Tabla 19). En las tablas 20 a 23 se muestran los resultados de validez de contenido de cada ítem.

Tabla 19. Overall scale average (S-CVI).

Overall Scale Average (S-CVI)	
MEDIA IMPLICACIÓN	0,84
MEDIA MOTIVACIÓN	0,818
MEDIA SATISFACCIÓN	0,763
MEDIA OBTÁCULOS	0,866

**Tabla 20. Índice de validez de contenido de la dimensión Implicación.**

Dimensión e ítems	Ac	I-CVI	Pc	k	Validez	
<b>Implicación</b>						
1	Conozco en que curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo.	5	1	0,031	1	Excelente.
2	Conozco las competencias que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas.	5	1	0,031	1	Excelente.
3	Conozco la situación académica actual del estudiante al que tutelo.	3	0,6	0,31	0,418	Débil.
4	Conozco los sistemas de evaluación (guías, portafolios...) de la universidad del estudiante.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.
5	Considero que esta documentación es útil para la realización de las prácticas.	5	1	0,031	1	Excelente.
6	Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados (Guías, portafolio...)	5	1	0,031	1	Excelente.
7	Realizo un control de asistencia del estudiante.	5	1	0,031	1	Excelente.
8	Realizo una planificación de prácticas.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.
9	Cumplimiento las guías de evaluación de los estudiantes en prácticas.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.
10	Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función de los enfermeros.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.
11	Tutelar estudiantes me ha animado a realizar proyectos de investigación.	2	0,4	0,3125	0,127	Pobre.
12	Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.
13	Creo que es necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas.	5	1	0,0312	1	Excelente.
14	Desde la Universidad de origen del estudiante contactan conmigo con frecuencia	3	0,6	0,312	0,418	Débil.
15	Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado universitario y la enfermera clínica.	5	1	0,031	1	Excelente.

Leyenda:

Ac: Acuerdos; I-CVI: Índice de validez de contenido; Pc: Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar, K: Kappa modificado

**Tabla 21. Índice de validez de contenido de la dimensión Motivación**

Dimensión e ítems	Ac	I-CVI	Pc	k	Validez	
<b>MOTIVACIÓN.</b>						
16	Me resulta entretenido.	3	0,6	0,312	0,418	Débil.
17	Puedo aprender habilidades que podría usar en otras áreas de mi vida.	3	0,6	0,312	0,418	Débil.
18	Es lo que debo de hacer para sentirme bien.	2	0,4	0,312	0,127	Pobre.
19	Está bien visto de cara al supervisor del servicio.	3	0,6	0,312	0,418	Débil.
20	Me resulta agradable e interesante.	5	1	0,031	1	Excelente.
21	Desde dirección del hospital nos los imponen.	5	1	0,031	1	Excelente.
22	Porque trabajo en un hospital universitario.	5	1	0,031	1	Excelente.
23	Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás.	5	1	0,031	1	Excelente.
24	Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir.	5	1	0,031	1	Excelente.
25	Siempre se ha hecho de esta forma.	5	1	0,031	1	Excelente.
26	Me genera interés personal.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.

Leyenda:

Ac: Acuerdos; I-CVI: Índice de validez de contenido; Pc: Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar, K: Kappa modificado

Tabla 22. Índice de validez de contenido de la dimensión Satisfacción.

Dimensión e ítems	Ac	I-CVI	Pc	k	Validez
<b>SATISFACCIÓN CON LA TUTORIZACIÓN</b>					
27 Las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.
28 Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos	5	1	0,031	1	Excelente.
29 La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.
30 Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.
31 Las prácticas realizadas y las competencias establecidas en la titulación están relacionadas.	3	0,6	0,312	0,418	Débil.
32 Grado de satisfacción global con mi participación como tutor de prácticas.	5	1	0,031	1	Excelente.
33 Grado de satisfacción general con la organización de las prácticas clínicas.	5	1	0,031	1	Excelente.
34 Grado de satisfacción global con las prácticas clínicas.	2	0,4	0,312	0,127	Pobre.
35 Grado de satisfacción general con el trato que he recibido por parte de los profesores de la universidad.	3	0,6	0,312	0,418	Débil.
36 La relación con el tutor de la Universidad durante el desarrollo de las prácticas ha sido bueno.	3	0,6	0,312	0,418	Débil.
37 Grado de satisfacción con los resultados que obtienen los estudiantes durante las prácticas.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.

Leyenda:

Ac: Acuerdos; I-CVI: Índice de validez de contenido; Pc: Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar, K: Kappa modificado

Tabla 23. Índice de validez de contenido de la dimensión Obstáculos.

Dimensión e ítems	Ac	I-CVI	Pc	k	Validez
<b>OBSTÁCULOS.</b>					
38 Me supone un obstáculo trabajar a turnos.	5	1	0,031	1	Excelente.
39 Me supone un obstáculo el tiempo que requieren.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.
40 Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.
41 Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.
42 Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo.	5	1	0,031	1	Excelente.
43 Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral.	4	0,8	0,156	0,762	Excelente.

Leyenda:

Ac: Acuerdos; I-CVI: Índice de validez de contenido; Pc: Probabilidad de que la concordancia sea debida al azar, K: Kappa modificado

Tras la respuesta del panel de expertos y la evaluación del I-CVI y S-CVI, se realizaron las adaptaciones de los ítems del cuestionario. Se eliminaron del cuestionario los ítems que estaban considerados por debajo del 80% del I-CVI.

Las modificaciones y adaptaciones fueron las siguientes:

## Resultados

- Se eliminaron los ítems: 3, 11, 14,16,17,18,19,31 y 34.
- En el ítem 2 se cambió “competencias” por “ resultados de aprendizaje”, siendo esta última más comprensiva para la población de estudio.
- Se modificó el enunciado del ítem 10 quedando: “Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería”.
- Se modificó el ítem 21, quedando: “Tengo mayor reconocimiento de mis superiores”
- Se redactó nuevamente los ítems 32 y 33 quedando “ Estoy satisfecho...”
- Se unieron los ítems 35, 36 y 37 quedando:
  - o Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad.
  - o Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas.
- Se añadió el siguiente ítems en la dimensión “*motivación*”:
  - o Es un compromiso profesional

La siguiente versión del cuestionario quedó con 34 ítems, (Anexo 3: Prueba piloto).

### **4.3. Resultados de la prueba piloto y pretest cognitivo.**

Una vez modificados los ítems propuestos por los expertos se llevó a cabo una prueba piloto con el cuestionario de 34 ítems. El objetivo de esta prueba era comprobar si las preguntas eran entendidas de forma consistente por la población objeto de estudio. Se comprobó :

- Comprensión de los ítems
- Comprensión de las instrucciones para responder
- Dificultad y extensión del cuestionario.

Tras el análisis de la prueba piloto y el pretest cognitivo, se decidió eliminar un ítem de la dimensión motivación “*Tutorizo estudiantes porque trabajo en un hospital universitario*” ya que no fue bien aceptado por los profesionales de enfermería de atención primaria.

Con el pretest cognitivo se estimó que el tiempo de cumplimentación del cuestionario era de 10-12 minutos y que la forma más apropiada para llegar a los profesionales era a través de cuestionario “on-line”. Tras la prueba piloto y pretest cognitivo quedó un cuestionario de 4 dimensiones y 33 ítems para iniciar la validación.



De los 30 cuestionarios realizados en la prueba piloto, se descartaron 3 por no estar bien cumplimentadas. Se realizó una valoración inicial de la consistencia interna calculando el Alfa de Cronbach sobre 27 cuestionarios (93,1% de los cuestionarios). Se obtuvo un coeficiente de Cronbach del 0,784 en el análisis global de cuestionario.

**Tabla 24. Análisis de la consistencia interna de la prueba piloto.**

Consistencia Interna		
	Número de elementos	Alfa de Cronbach
Implicación	12	0,832
Motivación	8	0,702
Satisfacción	8	0,851
Obstáculos	6	0,878
GLOBAL	34	0,784

#### **4.4. Resultado de la estabilidad temporal de cuestionario.**

Para calcular la estabilidad temporal del cuestionario, se envió nuevamente el cuestionario a 10 sujetos, se calculó el coeficiente de correlación intraclass (CCI) a un total de 9 sujetos (90%) debido a que un sujeto no contestó el retest.

El CCI global del cuestionario fue de 0,852, considerado excelente. Del mismo modo, todas las dimensiones obtuvieron un CCI superior a 0,8. Ningún ítem obtuvo un valor del CCI inferior a 0,4. La Tabla 25 recoge el CCI de cada uno de los ítems y dimensiones y el CCI global del cuestionario.

#### **4.5. Análisis descriptivo de los profesionales encuestados para realizar la validación del cuestionario.**

Una vez valorados los aspectos que debían mejorarse en el cuestionario y realizados los cambios, se administró el cuestionario a 249 profesionales de diferentes comunidades autónomas del territorio español. Con los datos obtenidos, se realizaron los análisis definitivos de la validez y fiabilidad del cuestionario definitivo y el análisis de los datos.

La edad media de las enfermeras encuestadas fue 42,26 años, con una desviación estándar de  $\pm 9,02$  años. La edad mínima fue de 24 años y la máxima de 61. La mediana de la edad fue de 42 años, muy cercana a la media.

Tabla 25. CCI ítems.

DIMENSION E ÍTEMS	CCI Promedio
<b>IMPLICACIÓN:</b>	0,851
1 Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo	1
2 Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas	0,952
3 Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante	0,91
4 Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados	0,667
5 Considero que esta documentación es útil para el realización de las prácticas.	0,774
6 Realizo un control de asistencia del estudiante	0,887
7 Realizo una planificación de las prácticas	0,924
8 Cumplimento las guías de evaluación de los estudiantes	0,976
9 Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería	0,778
10 Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación	0,956
11 Creo necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas	0,774
12 Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica	0,928
<b>MOTIVACIÓN</b>	0,819
13 Me resulta agradable e interesante	0,49
14 Tengo mayor reconocimiento de mis superiores	0,826
15 Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás	1
16 Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir	0,889
17 Siempre se ha hecho de esta forma	0,766
18 Me genera interés personal	0,48
19 Es un compromiso profesional	0,698
<b>SATISFACCIÓN</b>	0,854
20 Creo que las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado	0,938
21 Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos	0,82
22 La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria	0,82
23 Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales	0,857
24 Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas	0,698
25 Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas	0,833
26 Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad	0,698
27 Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas	0,806
<b>OBSTÁCULOS</b>	0,879
28 Me supone un obstáculo trabajar a turnos	0,697
29 Me supone un obstáculo el tiempo que requieren	0,778
30 Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone	0,759
31 Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca	0,644
32 Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo	0,626
33 Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral	0,719
<b>GLOBAL DEL CUESTIONARIO.</b>	0,852

En relación al nivel máximo de titulación obtenida, se observó que un 64,7% (n=161) de los enfermeros clínicos que tutorizan estudiantes, la titulación máxima que poseían, era la titulación de DUE, seguido de titulación master con un 18,1% (n=45). Se observó que entre los 249 profesionales encuestados, solo el 2,8% (n=7) poseían el título de Doctor.

En cuanto a la formación de postgrado oficial de los enfermeros clínicos que tutorizan estudiantes, predomina la realización de entre 1 y 3 cursos en el 37,3% (n=93) de la muestra, seguido de un 26,9% (n=67) de encuestados que no habían realizado ningún curso de formación de postgrado oficial en los últimos 5 años. En la formación de postgrado no oficial en los últimos 5 años por los encuestados, se observó que predominaba la realización de más de 6 cursos en los últimos 5 años con un 43,8 % (n=109). También se estudió la cantidad de comunicaciones realizadas por los encuestados, en la distribución de esta variable se observó que un 39,8% (n=99) no había realizado ninguna comunicación a congresos en los últimos 5 años y que un 39,8% (n=99) solo había realizado entre 1 y 3, frente a un 11,6% (n=29) de encuestados que habían realizado entre 4 y 6 comunicaciones y solo un 8,8% (n=22) que había realizado más de 6.

Ante la pregunta sobre el nivel de inglés que poseen, se observó que un 24,1% (n=60) de los encuestados poseía la acreditación B1 de inglés, mientras que, casi en el mismo porcentaje, 21,3% (n=53), se observa que no poseía ningún nivel de inglés.

Los cuestionarios recogidos fueron de diferentes provincias, en la tabla 26 se muestra la distribución de los cuestionarios provincias.

**Tabla 26. Cuestionarios obtenidos por provincias.**

Provincia		
	Frecuencia	Porcentaje
A Coruña	9	3,6
Valencia	3	1,2
Alicante	3	1,2
Baleares	3	1,2
Barcelona	20	8,0
Cantabria	25	10,0
Castellón	117	47,0
Madrid	67	26,9
Navarra	1	0,4
Palencia	1	0,4
Total	249	100,0

En cuanto a la situación laboral de los enfermeros clínicos que tutorizan estudiantes de grado en enfermería, la mayoría, 58,2% (n=145) eran personal fijo, respecto al personal contratado y eventual. Más del 75% (n=187) de los encuestados trabajaban en el ámbito de la asistencia especializada. Por último, el 84,3% (n=209) había tutorizado estudiantes de enfermería en los últimos 5 años.

#### 4.6. Análisis de la validez de constructo: Análisis factorial.

Previamente se confirmó la viabilidad del análisis factorial con los test KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ( $p=0,86$ ) y Test de esfericidad de Barlett ( $p<0,001$ ), verificando que las correlaciones entre pares de variables pueden explicarse por otras variables y que las correlaciones eran distintas a cero, respectivamente. En la Tabla 27 se muestran los resultados de estas pruebas.

Tabla 27. Resultado KMO y prueba de esfericidad de Barlett.

KMO y prueba de Bartlett	
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,862
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado 4258,726
	gl 528
	Sig. <0,001

Como método de extracción de factores, se escogió el Análisis de los Componentes Principales (ACP) con una rotación varimax, y se optó por la opción de forzar una solución factorial con 5 factores, con un total del 55,404% de la varianza explicada. En la tabla 28, se observan todos los autovalores. El primer autovalor, explicaría el 15,082% de la variación total de correlaciones, el segundo el 26,470%, el tercero el 37,243%, el cuarto el 47,655% y el quinto factor el 55,404%.

Puede observarse que el número de autovalores es igual al número de variables, todos son positivos y decrecientes. La segunda columna expresa que cantidad de variables explica cada autovalor y la última columna van explicando de forma acumulada los autovalores. La suma de todos representa el 100%

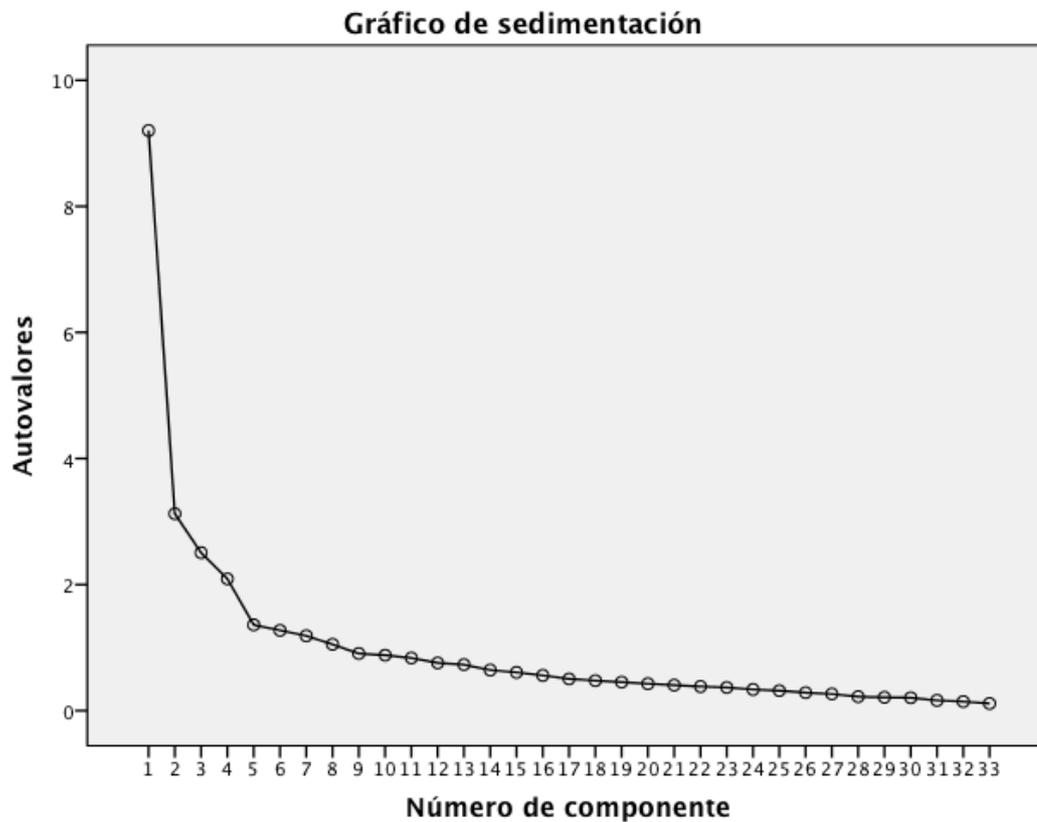
Para la representación gráfica de los autovalores, se empleó la representación gráfica de los autovalores de la matriz (Ilustración 12), ya que cuando el valor de estos decae considerablemente, indica que el aumento en varianza explicada debido a la inclusión de un nuevo factor sería mínimo. En el punto en el que la pendiente de la curva se aproxima a 0, los valores comienzan a ser casi iguales, es en este punto donde establecemos el número de factores, en este caso 5.

Tabla 28. Varianza total explicada del cuestionario.

Componente	Varianza total explicada					
	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado
1	9,202	27,886	27,886	4,977	15,082	15,082
2	3,123	9,464	37,35	3,758	11,389	26,47
3	2,506	7,594	44,944	3,555	10,772	37,243
4	2,091	6,335	51,28	3,436	10,413	47,655
5	1,361	4,125	55,404	2,557	7,749	55,404
6	1,274	3,86	59,265			
7	1,187	3,596	62,861			
8	1,052	3,188	66,048			
9	0,906	2,745	68,794			
10	0,88	2,667	71,461			
11	0,835	2,53	73,991			
12	0,757	2,294	76,285			
13	0,73	2,211	78,496			
14	0,644	1,953	80,449			
15	0,607	1,841	82,289			
16	0,56	1,696	83,986			
17	0,504	1,527	85,513			
18	0,477	1,446	86,958			
19	0,453	1,374	88,332			
20	0,428	1,296	89,628			
21	0,405	1,227	90,855			
22	0,383	1,161	92,016			
23	0,369	1,117	93,134			
24	0,336	1,017	94,151			
25	0,317	0,962	95,112			
26	0,286	0,868	95,981			
27	0,265	0,803	96,784			
28	0,221	0,671	97,455			
29	0,213	0,645	98,1			
30	0,205	0,622	98,722			
31	0,163	0,494	99,216			
32	0,145	0,439	99,655			
33	0,114	0,345	100			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Ilustración 12. Análisis de componentes principales.



En la tabla 29, se aprecia la matriz de comunalidades asignada a cada una de las variables (la inicial) y las comunalidades reproducidas tras la solución factorial (tras la extracción). La comunalidad de una variables es la proporción de su varianza que puede ser explicada por el modelo factorial obtenido. Si observamos la tabla de comunalidades se aprecia cuáles son las variables que están peor explicadas por el modelo. En este caso, la variables “Siempre se ha hecho de esta forma” Es la peor explicada, ya que este modelo solo es capaz de reproducir el 8% de su variabilidad original. En el método de extracción de factores, el análisis de componentes principales, asume la posibilidad de explicar el 100% de al varianza observada, por eso que todas las comunalidades son iguales a la unidad.

Tabla 29. Comunalidades

Ítems	Inicial	Extracción
Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo	1	0,328
Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas	1	0,634
Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante	1	0,791
Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados	1	0,742
Considero que esta documentación es útil para el realización de las prácticas.	1	0,178
Realizo un control de asistencia del estudiante	1	0,556
Realizo una planificación de las prácticas	1	0,595
Cumplimento las guías de evaluación de los estudiantes	1	0,674
Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería	1	0,403
Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación	1	0,594
Creo necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas	1	0,265
Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica	1	0,611
Me resulta agradable e interesante	1	0,599
Tengo mayor reconocimiento de mis superiores	1	0,361
Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás	1	0,521
Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir	1	0,355
Siempre se ha hecho de esta forma	1	0,082
Me genera interés personal	1	0,558
Es un compromiso profesional	1	0,566
Creo que las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado	1	0,272
Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos	1	0,656
La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria	1	0,724
Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales	1	0,227
Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas	1	0,533
Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas	1	0,651
Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad	1	0,588
Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas	1	0,505
Me supone un obstáculo trabajar a turnos	1	0,28
Me supone un obstáculo el tiempo que requieren	1	0,744
Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone	1	0,788
Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca	1	0,657
Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo	1	0,248
Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral	1	0,639

Es necesario transformar de alguna manera la matriz en otra que permita una interpretación más clara, por esto se ha optado por realizar una rotación varimax. En la tabla 30, se observa la matriz de saturaciones de cada uno de los 5 componentes.

## Resultados

Tabla 30. Matriz de componentes rotados.

	Componente				
	1	2	3	4	5
Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo	0,419	-0,236	0,379	-0,037	0,115
Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas	0,72	0,227	0,16	-0,127	0,163
Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante	0,856	0,251	0,005	-0,035	0,068
Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados	0,845	0,192	-0,052	-0,035	0,095
Considero que esta documentación es útil para el realización de las prácticas.	0,271	0,241	0,043	-0,059	0,328
Realizo un control de asistencia del estudiante	0,726	-0,05	0,199	-0,068	0,027
Realizo una planificación de las prácticas	0,698	0,268	0,145	-0,102	0,071
Cumplimento las guías de evaluación de los estudiantes	0,81	0,122	0,042	-0,037	0,028
Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería	0,173	-0,02	0,248	-0,248	0,53
Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación	0,436	0,108	0,408	-0,096	0,469
Creo necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas	0,151	-0,074	-0,039	0,058	0,662
Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica	0,257	0,71	0,193	-0,1	0,082
Me resulta agradable e interesante	0,144	0,109	0,617	-0,131	0,424
Tengo mayor reconocimiento de mis superiores	0,134	0,578	0,089	0,035	0,304
Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás	0,083	0,073	0,723	0,025	0,266
Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir	-0,176	0,307	0,207	-0,077	0,517
Siempre se ha hecho de esta forma	-0,081	0,317	-0,065	-0,042	0,117
Me genera interés personal	0,159	0,118	0,585	-0,013	0,428
Es un compromiso profesional	0,007	0,258	0,357	-0,113	0,658
Creo que las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado	-0,124	0,231	0,49	-0,085	0,071
Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos	0,343	0,73	0,119	-0,116	0,069
La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria	0,244	0,768	0,214	-0,163	-0,055
Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales	0,069	0,114	0,606	-0,125	-0,054
Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas	0,365	0,199	0,587	-0,186	0,183
Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas	0,173	0,665	0,406	-0,169	-0,054
Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad	0,301	0,603	0,338	-0,162	-0,024
Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas	0,421	0,369	0,49	-0,16	-0,064
Me supone un obstáculo trabajar a turnos	-0,122	0,039	-0,034	0,506	0,192
Me supone un obstáculo el tiempo que requieren	-0,069	-0,112	-0,058	0,837	-0,172
Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone	-0,047	-0,168	-0,03	0,863	-0,161
Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca	-0,002	-0,126	-0,082	0,787	-0,132
Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo	-0,16	-0,142	-0,26	0,417	0,132
Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral	-0,012	-0,083	-0,113	0,774	-0,141

Para poder interpretarlo de mejor manera, es necesario realizar la transformación de la matriz, tabla 31. Se observó la aparición de una nueva dimensión en el cuestionario.



Tabla 31. Matriz de componentes rotados II.

DIMENSIÓN	I	S	M	O	ND
Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante	0,856	0,251	0,005	-0,035	0,068
Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados	0,845	0,192	-0,052	-0,035	0,095
Cumplimiento las guías de evaluación de los estudiantes	0,81	0,122	0,042	-0,037	0,028
Realizo un control de asistencia del estudiante	0,726	-0,05	0,199	-0,068	0,027
Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas	0,72	0,227	0,16	-0,127	0,163
Realizo una planificación de las prácticas	0,698	0,268	0,145	-0,102	0,071
Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación	0,436	0,108	0,408	-0,096	0,469
Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas	0,421	0,369	0,49	-0,16	-0,064
Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo	0,419	-0,236	0,379	-0,037	0,115
Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas	0,365	0,199	0,587	-0,186	0,183
Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos	0,343	0,73	0,119	-0,116	0,069
Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad	0,301	0,603	0,338	-0,162	-0,024
Considero que esta documentación es útil para el realización de las prácticas.	0,271	0,241	0,043	-0,059	0,328
Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica	0,257	0,71	0,193	-0,1	0,082
La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria	0,244	0,768	0,214	-0,163	-0,055
Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería	0,173	-0,02	0,248	-0,248	0,53
Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas	0,173	0,665	0,406	-0,169	-0,054
Me genera interés personal	0,159	0,118	0,585	-0,013	0,428
Creo necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas	0,151	-0,074	-0,039	0,058	0,662
Me resulta agradable e interesante	0,144	0,109	0,617	-0,131	0,424
Tengo mayor reconocimiento de mis superiores	0,134	0,578	0,089	0,035	0,304
Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás	0,083	0,073	0,723	0,025	0,266
Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales	0,069	0,114	0,606	-0,125	-0,054
Es un compromiso profesional	0,007	0,258	0,357	-0,113	0,658
Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca	-0,002	-0,126	-0,082	0,787	-0,132
Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral	-0,012	-0,083	-0,113	0,774	-0,141
Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone	-0,047	-0,168	-0,03	0,863	-0,161
Me supone un obstáculo el tiempo que requieren	-0,069	-0,112	-0,058	0,837	-0,172
Siempre se ha hecho de esta forma	-0,081	0,317	-0,065	-0,042	0,117
Me supone un obstáculo trabajar a turnos	-0,122	0,039	-0,034	0,506	0,192
Creo que las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado	-0,124	0,231	0,49	-0,085	0,071
Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo	-0,16	-0,142	-0,26	0,417	0,132
Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir	-0,176	0,307	0,207	-0,077	0,517

**Leyenda:** I: Implicación; S: Satisfacción; M: Motivación; O: Obstáculos; ND: Nueva Dimensión.

## Resultados

Tras el análisis factorial se observó la modificación de dimensión de algunos de los ítems; en la tabla 32 se ofrecen los ítems que corresponden a cada dimensión después de realizar el análisis. Los ítems que aparecen en azul indican la modificación de dimensión y los que aparecen en rojo indican que ofrecen una saturación baja en la dimensión, pero se consideró necesario mantenerlos por la relevancia que se consideró que tenían en el cuestionario. También se observó la aparición de una nueva dimensión, a la que se le denominó COMPROMISO compuesta por 5 ítems.

Los ítems se ordenan según la varianza explicada.

Tabla 32. Dimensiones cuestionario y ítems que lo componen.

Dimensión	Ítems*
Implicación	3,4,6,2,1,5,8,7
Motivación	18,13,15,24,27,23
Satisfacción	21,26,22,25,12,14,20,17
Obstáculos	28,29,30,31,32,33
Compromiso	10,9,11,19,16

En la tabla 33 se presentan los ítems que corresponden a cada una de las dimensiones después de realizar el análisis factorial. El número de ítem no coincide en la totalidad de los casos, esto es debido al nuevo orden los ítems y la aparición de esta nueva dimensión.

Tabla 33. Nueva distribución de los ítems del cuestionario.

IMPLICACION	
1	Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo
2	Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas
3	Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante
4	Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados
5	Considero que esta documentación es útil para el realización de las prácticas.
6	Realizo un control de asistencia del estudiante
7	Realizo una planificación de las prácticas
8	Cumplimento las guías de evaluación de los estudiantes
MOTIVACIÓN	
9	Me resulta agradable e interesante
10	Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás
11	Me genera interés personal
12	Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales
13	Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas
14	Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas

**SATISFACCIÓN**

- 15 Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica
- 16 Tengo mayor reconocimiento de mis superiores
- 17 Siempre se ha hecho de esta forma
- 18 Creo que las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado
- 19 Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos
- 20 La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria
- 21 Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas
- 22 Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad

**OBSTÁCULOS**

- 23 Me supone un obstáculo trabajar a turnos
- 24 Me supone un obstáculo el tiempo que requieren
- 25 Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone
- 26 Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca
- 27 Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo
- 28 Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral

**COMPROMISO**

- 29 Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería
- 30 Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación
- 31 Creo necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas
- 32 Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir
- 33 Es un compromiso profesional

#### **4.6.1. Resultados del análisis de la consistencia interna de la encuesta a profesionales.**

##### *4.6.1.1. Alfa de Cronbach..*

En el análisis de la consistencia interna del cuestionario obtiene un coeficiente de Cronbach, global de 0,837 para los 33 ítems. Para cada una de las dimensiones, se consiguieron coeficientes de alfa superiores a 0,8 indicando una consistencia interna buena, a excepción de la nueva dimensión (Compromiso) con un valor alfa de 0,713, considerada aceptable. (Tabla 34)

##### *4.6.1.1. Relación ítem total del cuestionario:*

En la tabla 35 se muestra la relación ítem-total del cuestionario, se observa que si se elimina el ítem *“Me supone un obstáculo la poca metodología docente que poseo”* aumentaría el alfa de Cronbach global del cuestionario a 0,85, pero se decidió mantenerlo en el cuestionario ya que resulta relevante para conocer la experiencia de las enfermeras clínicas en la tutorización e igualmente se obtiene un alfa de Cronbach considerado bueno.

## Resultados

**Tabla 34. Análisis de la consistencia interna de la encuesta a profesionales.**

Dimensión	Número de elementos	Alfa de Cronbach
Implicación	8	0,875
Motivación	8	0,824
Satisfacción	6	0,811
Obstáculos	6	0,814
Compromiso	5	0,713
GLOBAL	33	0,837

**Tabla 35. Relación ítem total del cuestionario.**

<b>IMPLICACION</b>		
1	Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo	
2	Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas	0,823
3	Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante	0,821
4	Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados	0,823
5	Considero que esta documentación es útil para el realización de las prácticas.	0,832
6	Realizo un control de asistencia del estudiante	0,828
7	Realizo una planificación de las prácticas	0,823
8	Cumplimento las guías de evaluación de los estudiantes	0,825
<b>MOTIVACIÓN</b>		
9	Me resulta agradable e interesante	0,83
10	Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás	0,831
11	Me genera interés personal	0,83
12	Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales	0,834
13	Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas	0,827
14	Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas	0,826
<b>SATISFACCIÓN</b>		
15	Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica	0,823
16	Tengo mayor reconocimiento de mis superiores	0,829
17	Siempre se ha hecho de esta forma	0,84
18	Creo que las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado	0,835
19	Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos	0,824
20	La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria	0,825
21	Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas	0,826
22	Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad	0,825
<b>OBSTÁCULOS</b>		
23	Me supone un obstáculo trabajar a turnos	0,845
24	Me supone un obstáculo el tiempo que requieren	0,847
25	Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone	0,847
26	Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca	0,846
27	Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo	0,85
28	Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral	0,846
<b>COMPROMISO</b>		
29	Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería	0,834
30	Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación	0,826
31	Creo necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas	0,835
32	Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir	0,835
33	Es un compromiso profesional	0,831

#### 4.6.2. Estabilidad temporal del cuestionario definitivo.

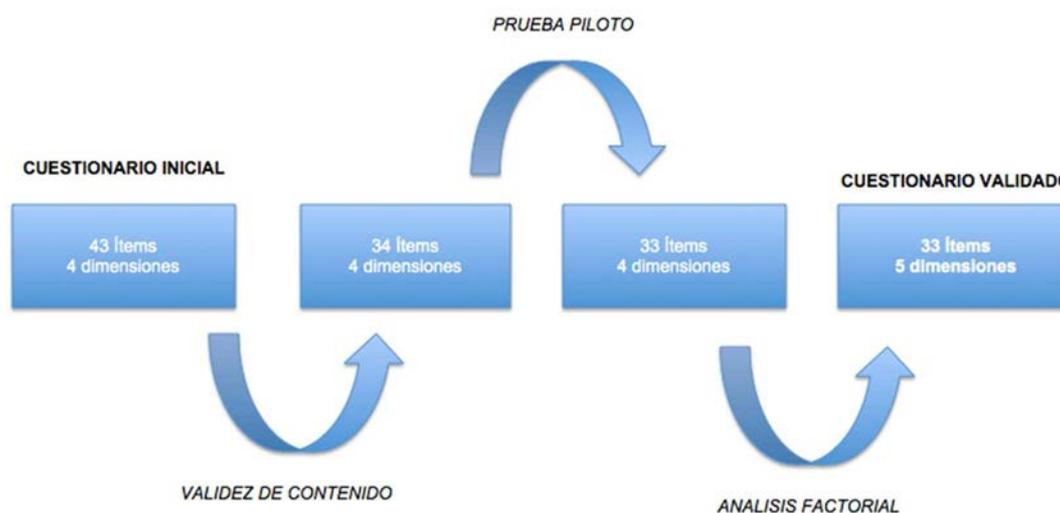
Para confirmar la validez final del cuestionario, se realizó un nuevo análisis de la estabilidad temporal de las nuevas dimensiones, obteniéndose los datos que se recogen en la tabla 36, obteniéndose CCI promedio excelente en todas las dimensiones a excepción de la nueva dimensión, que se obtuvo un CCI bueno.

Tabla 36. Nueva estabilidad temporal del cuestionario.

Dimensión	Número de elementos	CCI Promedio
Implicación	8	0,852
Motivación	8	0,910
Satisfacción	6	0,855
Obstáculos	6	0,879
Compromiso	5	0,670
<b>GLOBAL</b>	<b>33</b>	<b>0,852</b>

En la ilustración 13 se observa la modificación del cuestionario durante el proceso de validación.

Ilustración 13. Modificación del cuestionario durante el proceso de validación.



Se puede confirmar la validación de un cuestionario compuesto por un total de 5 dimensiones y 33 ítems. El cuestionario superó todo el proceso de validación y tras la aparición de la nueva organización de los ítems, sigue demostrando una adecuada consistencia interna y estabilidad temporal.

## *Resultados*

Tras la finalización de este proceso el cuestionario se denominó “Cuestionario IMSOC” haciendo referencia a las siglas en español de cada una de sus dimensiones (Implicación, Motivación, Satisfacción, Obstáculos y Compromiso).

## SEGUNDA FASE: NIVEL DE IMPLICACIÓN DE LAS ENFERMERAS CLÍNICAS DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN TRAS LA ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO VALIDADO.

Tras el análisis psicométrico del cuestionario y demostrada su fiabilidad y validez, se administró el cuestionario IMSOC a una muestra de 117 enfermeras clínicas que tutorizan estudiantes de enfermería de la provincia de Castellón.

### 4.7. Análisis de la muestra estudiada.

#### 4.7.1. Análisis univariante: variables sociodemográficas:

En el siguiente punto se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas objeto de estudio.

##### 4.7.1.1. Edad.

La edad media de los profesionales encuestados (n=112, 5 valores perdidos) fue de 42,56 años, con una desviación típica de  $\pm 8,48$ .

La edad mínima fue de 27 años y la máxima de 61. La mediana la edad era de 42 años, muy cercana a la media. En la tabla 37 se observa que la mayoría de la muestra se agrupa entre los 41 y 50 años.

Tabla 37. Edad.

	Frecuencia	Porcentaje
≤30,00	6	5,1
31,00 - 40,00	41	35,0
41.00-50.00	43	36,8
51.00-60.00	20	17,1
>61.00	2	1,7
Total	112	95,7

##### 4.7.1.2. Variable Titulación

En relación a la titulación de las personas encuestadas se observó que el nivel de titulación con más representación es el de DUE, con más del 80% de la muestra. Ningún encuestado poseía el nivel académico de Doctor (Tabla 38).

## Resultados

**Tabla 38. Nivel de titulación.**

	Frecuencia	Porcentaje
DUE	95	81,2
GRADO	9	7,7
MÁSTER	12	10,3
OTRO	1	0,9
Total	117	100,0

### 4.7.1.3. Variable formación de postgrado.

En relación a la formación de postgrado se observó que predominaba la realización de entre 1 y 3 cursos de formación postgrado oficial en los últimos 5 años, en cambio en relación a la formación de postgrado no oficial predominó la realización de más de 6 cursos (Tablas 39 y 40).

**Tabla 39. Formación de postgrado oficial**

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	35	29,9
Entre 1 y 3	46	39,3
Entre 4 y 6	7	6,0
Más de 6	26	22,2
Total	117	100

**Tabla 40. Formación de postgrado no oficial**

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	28	23,9
Entre 1 y 3	34	29,1
Entre 4 y 6	15	12,8
Más de 6	40	34,2
Total	117	100

### 4.7.1.4. Comunicaciones a congresos.

La tabla 41 recoge las comunicaciones a congresos realizadas por los encuestados. En la distribución de esta variable se observó que un 59% (n=69) de la muestra no había realizado ninguna comunicación a congresos en los últimos 5 años y que un 35% (n=41) solo había realizado entre 1 y 3, frente a un 2,6% (n=3) de encuestados que habían realizado entre 4 y 6 comunicaciones y solo un 3,4% (n=4) que había realizado más de 6.



Tabla 41. Comunicaciones a congresos.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	69	59,0
Entre 1 y 3	41	35,0
Entre 4 y 6	3	2,6
Más de 6	4	3,4
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

#### 4.7.1.5. Nivel de Inglés.

En relación a la pregunta sobre el nivel de inglés que poseen, se observó que un 17,1% (n=20) de los encuestados poseía la acreditación B1 de inglés, mientras que, el 29,1% (n=34) que no poseía ningún nivel de inglés y el 23,1% (n=27) el nivel elemental (Tabla 42).

Tabla 42. Nivel de inglés

	Frecuencia	Porcentaje
A1	27	23,1
A2	22	18,8
B1	20	17,1
B2	11	9,4
C1	2	1,7
C2	1	0,9
Ninguno	34	29,1
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>

#### 4.7.1.6. Situación laboral.

En cuanto a la situación laboral de los enfermeros clínicos que tutorizan estudiantes de grado en enfermería en la provincia de Castellón, se observó que la gran mayoría, 46,2% (n=54) son personal fijo, y en mucha menor medida se encuentra el personal contratado y eventual (Tabla 43).

Tabla 43. Situación laboral.

	Frecuencia	Porcentaje
Contratado Laboral	9	7,7
Eventual	10	8,5
Interino	44	37,6
Fijo	54	46,2
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

#### 4.7.1.7. Entorno laboral.

La tabla 44 recoge el entorno laboral de la muestra estudiada. Se observó que la mayor parte de la muestra, el 73,5% (n=86), son profesionales que prestan sus servicios en la

## Resultados

asistencia especializada, seguidos de los profesionales que prestan sus servicios en atención primaria.

**Tabla 44. Entorno laboral**

	Frecuencia	Porcentaje
Atención Primaria.	19	16,2
Atención especializada.	86	73,5
Atención sociosanitaria	6	5,1
otro	6	5,1
Total	117	100,0

### 4.7.1.8. Tutorización de estudiantes.

Se observó que prácticamente el total de la muestra había tutorizado estudiantes de enfermería en los últimos 5 años (76,1%; n=89) (Tabla 45).

**Tabla 45. Tutorización de estudiantes en los últimos 5 años.**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	89	76,1
No	28	23,9
Total	117	100,0

### 4.7.1.9. Enfermero de referencia.

La tabla 46 recoge si los enfermeros encuestados habían realizado el programa de formación de enfermeros de referencia. Se observa que el 89% (n=76,1) de la muestra encuestada era enfermera de referencia.

**Tabla 46. Enfermera de referencia.**

	Frecuencia	Porcentaje
SI	89	76,1
NO	28	23,9
Total	117	100,0

## 4.7.2. Análisis univariante: Análisis ítems del cuestionario.

Para el análisis global del cuestionario, de las 5 dimensiones y de cada uno de los ítems, se analizó mínimo, máximo, la media, desviación estándar y varianza de cada una de las variables.

A continuación se exponen los resultados que se obtuvieron pasando de los resultados más globales a los más específicos.

En la tabla 47, se observan los mínimos, máximos, media, desviación estándar y varianza de cada una de las dimensiones y del global del cuestionario. Se observa que la puntuación media del cuestionario es de 122,838, con una desviación estándar de  $\pm 18,692$ , teniendo en cuenta que el rango de puntuación del cuestionario es entre 33 y 165. La dimensión Implicación obtiene una media de 29,590 con desviación estándar de  $\pm 7,464$  siendo su rango de puntuaciones entre 8 y 40, la dimensión Motivación obtiene la puntuación media de 25,094 con desviación estándar de  $\pm 3,311$  con un rango entre 6 y 30, la dimensión Satisfacción obtienen resultados de media de 25,855 y desviación estándar de  $\pm 5,919$  sobre el rango de 8 y 40. Siguiendo con la dimensión Obstáculos, se observa una media de 20,564 y desviación estándar de  $\pm 5,038$  con un rango de puntuaciones entre 6 y 30, por último, la dimensión Compromiso con una puntuación media de 21,735 y desviación estándar de  $\pm 2,711$  con un rango de puntuaciones entre 5 y 25.

**Tabla 47. Análisis univariante del global del cuestionario.**

	N	Mín	Máx	Media	ds	Varianza
IMPLICACIÓN	117	8	40	29,590	7,464	55,710
MOTIVACIÓN	117	16	30	25,094	3,311	10,965
SATISFACCIÓN	117	12	39	25,855	5,919	35,039
OBSTÁCULOS*	117	6	30	20,564	5,038	25,386
COMPROMISO	117	12	25	21,735	2,711	7,352
GLOBAL	117	72	160	122,838	18,692	349,396

\*La dimensión obstáculos esta invertida para realizar el análisis.

#### 4.7.2.1. Dimensión implicación.

En la dimensión Implicación, el ítem “*Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo*” fue el ítem que obtuvo una mayor puntuación media con  $4,684 \pm 0,739$  puntos, mientras que el ítem “*Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados*” fue el que obtuvo una puntuación más baja  $3,282 \pm 1,394$ . (Tabla 48).

Tabla 48. Dimensión implicación.

	N	Mín	Máx	Media	ds	Varianza
Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tuteló	117	1	5	4,684	0,739	0,546
Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas	117	1	5	3,820	1,263	1,597
Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante	117	1	5	3,307	1,322	1,740
Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados	117	1	5	3,282	1,394	1,946
Considero que esta documentación es útil para el realización de las prácticas	117	1	5	3,769	0,890	0,800
Realizo un control de asistencia del estudiante	117	1	5	3,854	1,314	1,729
Realizo una planificación de las prácticas	117	1	5	3,435	1,289	1,662
Cumplimiento las guías de evaluación de los estudiantes	117	1	5	3,435	1,385	1,920

#### 4.7.2.2. Dimensión Motivación.

Los resultados obtenidos en la dimensión Motivación se muestran en la tabla 49.

Se observa que el ítem que mejor puntuación obtiene es *“Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás”* con una puntuación media de  $4,427 \pm 0,620$  puntos, en cambio, el ítem menos puntuado por los encuestados en esta dimensión es *“Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas”* con una media de  $3,778 \pm 0,966$  puntos.

Tabla 49. Dimensión Motivación.

	N	Mín	Máx	Media	ds	Varianza
Me resulta agradable e interesante	117	2	5	4,368	0,690	0,476
Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás	117	3	5	4,427	0,620	0,385
Me genera interés personal	117	2	5	4,342	0,709	0,503
Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales	117	2	5	4,376	0,666	0,444
Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas	117	2	5	3,803	0,833	0,694
Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas	117	1	5	3,778	0,966	0,933

#### 4.7.2.3. Dimensión Satisfacción.

En la dimensión Satisfacción se observa que el ítem que mejor puntuación obtiene es “Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad” con una puntuación media de 3,692 ( $\pm 1,021$ ) puntos seguido del ítems “Creo que las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado” con una puntuación media de 3,556 ( $\pm 0,835$ ). En cambio el ítem peor puntuado es “Tengo mayor reconocimiento de mis superiores” con 2,641 ( $\pm 1,163$ ) puntos. El análisis completo de la dimensión satisfacción se recoge en la tabla 50.

**Tabla 50. Dimensión Satisfacción.**

	N	Mín	Máx	Media	ds	Varianza
Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica	117	1	5	3,333	1,339	1,793
Tengo mayor reconocimiento de mis superiores	117	1	5	2,641	1,163	1,353
Siempre se ha hecho de esta forma	117	1	5	2,983	1,174	1,379
Creo que las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado	117	1	5	3,556	0,835	0,697
Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos	117	1	5	3,094	1,152	1,327
La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria	117	1	5	3,239	1,064	1,132
Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas	117	1	5	3,316	0,980	0,959
Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad	117	1	5	3,692	1,021	1,042

#### 4.7.2.4. Dimensión Obstáculos.

En la tabla 51 se recogen los resultados del análisis de la dimensión Obstáculos. Se observa que el ítem que obtiene la puntuación media más elevada es “Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral” media 3,803 ( $\pm 1,019$ ) puntos, en cambio el ítem “Me supone un obstáculo trabajar a turnos” es el que menor puntuación obtiene 2,923  $\pm 1,261$  puntos.

## Resultados

Tabla 51. Dimensión obstáculos\*.

	N	Mín	Máx	Media	ds	Varianza
Me supone un obstáculo trabajar a turnos	117	1	5	2,923	1,261	1,589
Me supone un obstáculo el tiempo que requieren	117	1	5	3,419	1,198	1,435
Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone	117	1	5	3,410	1,153	1,330
Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca	117	1	5	3,658	1,052	1,106
Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo	117	1	5	3,350	1,140	1,299
Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral	117	1	5	3,803	1,019	1,039

\* Los ítems de la dimensión obstáculos son inversos.

### 4.7.2.5. Dimensión Compromiso.

Por último, en la dimensión Compromiso se obtuvieron los resultados que se muestran en el tabla 52. El ítem mejor puntuado fue “*Creo necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas*” con una puntuación media de  $4,453 \pm 0,701$  puntos frente al ítem “*Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación*” con una media  $4,180 \pm 0,952$  puntos de que fue el que menor puntuación obtuvo.

Tabla 52. Dimensión Compromiso.

	N	Mín	Máx	Media	ds	Varianza
Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería	117	2	5	4,444	0,759	0,577
Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación	117	1	5	4,180	0,952	0,907
Creo necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas	117	3	5	4,453	0,701	0,491
Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir	117	1	5	4,265	0,835	0,696
Es un compromiso profesional	117	2	5	4,393	0,669	0,448

### 4.7.3. Análisis bivariante: análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y los ítems del cuestionario.

En primer lugar, se realizó un estudio de la normalidad para las variables sociodemográficas continuas a través del test de Kolmogorov-Smirnov. Estos resultados fueron estadísticamente significativos en todas las variables categóricas por lo que se utilizaron las pruebas no paramétricas para la comparación de medias. No precisó

estudiar la homocedasticidad a través del test de Levene debido a la significación estadística del test de Kolmogorov-Smirnov.

A continuación se exponen los resultados organizados según las dimensiones del cuestionario IMSOC. Se exponen los resultados de los contrastes de hipótesis y la relación de cada uno de los ítems con las variables sociodemográficas. En primer lugar se realizará un análisis de la puntuación global del cuestionario y la relación con las variables sociodemográficas, seguidamente se analizarán las dimensiones y se realizará una explicación por cada uno de los ítems del cuestionario.

#### 4.7.3.1. Puntuación Global.

La tabla 53 muestra la relación existente entre las variables sociodemográficas y la puntuación global obtenida en el cuestionario. No se muestran diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación global y la edad, titulación, formación de posgrado, comunicaciones a congresos, nivel de inglés, situación laboral y tutorización de estudiantes ( $p < 0,05$ ).

En cuanto a los ítems que muestran diferencias estadísticamente significativas, se encuentran el entorno laboral ( $p = 0,005$ ) y ser enfermero de referencia ( $p = 0,001$ ). Se observa que los profesionales que mejores medias obtienen son los de atención primaria (tabla 54), seguidos de los profesionales que prestan sus servicios en atención socio sanitaria. Por otra parte, los profesionales que son enfermeros de referencia obtienen puntuaciones bastante superiores (puntuación media de  $128,023 \pm 13,324$  puntos) frente a los que no lo son (puntuación media de  $106,357 \pm 19,038$  puntos) (Tabla 55).

**Tabla 53. Análisis bivariante de la puntuación global del cuestionario y las variables sociodemográficas.**

Variable	P Valor
Edad <sup>1</sup>	0,629
Titulación <sup>1</sup>	0,222
Formación oficial <sup>1</sup>	0,371
Formación no oficial <sup>1</sup>	0,901
Comunicaciones a Congresos <sup>1</sup>	0,126
Nivel de inglés <sup>1</sup>	0,921
Situación Laboral <sup>1</sup>	0,786
Entorno laboral <sup>1</sup>	<b>0,005</b>
Tutorización de estudiantes <sup>2</sup>	0,015
ER <sup>2</sup>	<b>&lt;0.001</b>

LEYENDA:

1: Test de Kruskal Wallis

2: Test de U de Mann Whitney

## Resultados

**Tabla 54. Análisis descriptivo de la puntuación global del cuestionario y la variable entorno laboral.**

	n	m	ds
Atención Primaria	19	134,263	13,324
Atención especializada	86	119,581	19,507
Atención sociosanitaria	6	122,500	6,716
Otro	6	133,667	11,553
Total	117	122,838	18,692

**Tabla 55. Análisis descriptivo de la puntuación global del cuestionario y la variable enfermera de referencia.**

	n	m	ds
SI	89	128,023	15,354
NO	28	106,357	19,038
Total	117	122,838	18,692

### 4.7.3.2. Dimensión Implicación.

La tabla 56 se muestra el contraste de variables en la puntuación media obtenida en la dimensión Implicación. Se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en los ítems: edad, titulación, formación de postgrado, comunicaciones a congresos y nivel de inglés ( $p < 0,005$ ). Se muestran diferencias estadísticamente significativas en los ítems situación laboral ( $p = 0,026$ ), entorno laboral ( $p < 0,001$ ), tutorización de estudiantes ( $p = 0,004$ ) y ser enfermeras de referencia ( $p < 0,001$ ).

Como se observa en la tabla 57 el personal más implicado es el fijo con una media de 31,389 y desviación estándar de 7,659. En la tabla 58 se observa que las mejores puntuaciones las obtienen los profesionales de atención primaria. Las tablas 59 y 60 muestran que los profesionales que tutorizan estudiantes están más implicados (puntuaciones media de  $30,640 \pm 7,235$  puntos) y los que han realizado el curso de formación de enfermeros de referencia también (puntuación media de  $31,708 \pm 5,943$  puntos).



**Tabla 56. Análisis bivalente de la puntuación global la dimensión Implicación y las variables sociodemográficas.**

IMPLICACIÓN	P VALOR
Edad <sup>1</sup>	0,161
Titulación <sup>1</sup>	0,223
Formación oficial <sup>1</sup>	0,157
Formación no oficial <sup>1</sup>	0,47
Comunicaciones a Congresos <sup>1</sup>	0,103
Nivel de ingles <sup>1</sup>	0,712
Situación Laboral <sup>1</sup>	<b>0,026</b>
Entorno laboral <sup>1</sup>	<b>&lt;0,001</b>
Tutorización de estudiantes <sup>2</sup>	<b>0,004</b>
ER <sup>2</sup>	<b>&lt;0,001</b>

LEYENDA:

1: Test de Kruskal Wallis

2: Test de U de Mann Whitney

**Tabla 57. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Implicación y la variable Situación laboral.**

	n	m	ds
Contratado Laboral	9	26,444	6,106
Eventual	10	29,800	8,149
Interino	44	27,977	6,953
Fijo	54	31,389	7,659
Total	117	29,590	7,464

**Tabla 58. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Implicación y la variable entorno laboral.**

	n	m	ds
Atención Primaria.	19	36,368	2,872
Atención especializada.	86	27,884	7,564
Atención sociosanitaria	6	28,667	3,777
Otro	6	33,500	5,648
Total	117	29,590	7,464

**Tabla 59. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Implicación y la variable tutorización de estudiantes.**

	n	m	ds
Si	89	30,640	7,235
No	28	26,250	7,316
Total	117	29,590	7,464

**Tabla 60. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Implicación y la variable enfermera de referencia.**

	n	m	ds
Si	89	31,708	5,943
No	28	22,857	7,901
Total	117	29,590	7,464

## Resultados

La tabla 61 ofrece un resumen del análisis de cada uno de los ítems de la dimensión Implicación con las variables sociodemográficas. Se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los ítems de la dimensión Implicación y las variables edad, Titulación, formación de posgrado, comunicaciones a congresos y nivel de inglés ( $p < 0,05$ ).

Por otra parte, puede afirmarse que existen diferencias estadísticamente significativas en función de la situación laboral y los ítems “*Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante*” ( $p = 0,017$ ) y “*Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados*” ( $p = 0,039$ ). De este modo, en la tabla 62 se observa que las enfermeras con un contrato fijo son las que obtienen una mayor puntuación en los dos ítems, mientras que las enfermeras interinas son las que obtienen la puntuación menor.

También se observan diferencias estadísticamente significativas en 7 de los 8 ítems de la dimensión Implicación según el entorno laboral de los profesionales que tutorizan estudiantes ( $p < 0,05$ ). En todos los ítems la puntuación más elevada la muestran los profesionales que prestan sus servicios en atención primaria (Tabla 63). Además, existen diferencias estadísticamente significativas en función de si las enfermeras han tutorizado estudiantes en los últimos 5 años, obteniendo puntuaciones medias significativamente superiores en caso afirmativo en 5 ítems ( $p < 0,05$ ) (Tabla 64). Del mismo modo, las Enfermeras de Referencia obtienen puntuaciones medias significativamente superiores en 6 ítems frente a las que no lo son ( $p < 0,05$ ) (Tabla 65).

Tabla 61. Análisis bivalente de los ítems dimensión Implicación y las variables sociodemográficas.

	Edad <sup>1</sup>	Titulación <sup>1</sup>	Formación oficial <sup>1</sup>	Formación no oficial <sup>1</sup>	Comunicaciones a Congresos <sup>1</sup>	Nivel de ingles <sup>1</sup>	Situación Laboral <sup>1</sup>	Entorno laboral <sup>1</sup>	Tutorización de estudiantes <sup>2</sup>	ER <sup>2</sup>
<b>IMPLICACIÓN</b>										
1	<i>Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo</i>									
	0,722	0,199	0,207	0,516	0,642	0,251	0,77	0,26	<b>0,001</b>	0,283
2	<i>Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas</i>									
	0,096	0,421	0,226	0,073	0,967	0,909	0,692	<b>0,001</b>	<b>0,033</b>	<b>&lt;0,001</b>
3	<i>Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante</i>									
	0,143	0,136	0,394	0,367	0,91	0,926	<b>0,017</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>&lt;0,001</b>
4	<i>Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados</i>									
	0,17	0,073	0,205	0,288	0,601	0,925	<b>0,039</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,012</b>	<b>&lt;0,001</b>
5	<i>Considero que esta documentación es útil para el realización de las prácticas.</i>									
	0,919	0,243	0,212	0,242	0,731	0,544	0,182	<b>0,01</b>	0,357	0,871
6	<i>Realizo un control de asistencia del estudiante</i>									
	0,137	0,522	0,209	0,692	0,889	0,18	0,102	<b>0,003</b>	<b>0,008</b>	<b>&lt;0,001</b>
7	<i>Realizo una planificación de las prácticas</i>									
	0,278	0,339	0,72	0,258	0,668	0,91	0,056	<b>0,001</b>	0,058	<b>&lt;0,001</b>
8	<i>Cumplimento las guías de evaluación de los estudiantes</i>									
	0,377	0,355	0,926	0,44	0,8	0,729	0,068	<b>0,002</b>	0,067	<b>&lt;0,001</b>

LEYENDA:

1: Test de Kruskal Wallis

2: Test de U de Mann Whitney

Tabla 62. Análisis descriptivo de los ítems significativos según la variable situación laboral.

	Contratado Laboral			Eventual			Interino			Fijo			Total		
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds
<b>Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante</b>															
	9	3	1,41	1	3,	1,17	4	2,88	1,22	5	3,66	1,33	11	3,30	1,323
			4	0	5	9	4	6	4	4	7	2	7	8	
<b>Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados</b>															
	9	2,556	1,33	1	3,	1,58	4	2,97	1,33	5	3,61	1,35	11	3,28	1,395
			3	0	5	1	4	7	8	4	1	2	7	2	

## Resultados

**Tabla 63. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable entorno laboral.**

	Atención Primaria			Atención especializada			Atención socio sanitaria			otro			Total		
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds
<b>Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas</b>	19	4,632	0,597	86	3,605	1,331	6	3,5	1,049	6	4,67	0,517	117	3,821	1,264
<b>Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante</b>	19	4,421	0,60698	86	3,0233	1,33704	6	2,8333	0,7528	6	4,333	0,817	117	3,308	1,323
<b>Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados</b>	19	4,632	0,49559	86	2,9767	1,38034	6	3	0,6324	6	3,667	1,63	117	3,282	1,395
<b>Considero que esta documentación es útil para el realización de las prácticas</b>	19	4,316	0,47757	86	3,6977	0,89534	6	3,6667	0,817	6	3,167	1,329	117	3,769	0,894
<b>Realizo un control de asistencia del estudiante</b>	19	4,737	0,45241	86	3,593	1,40065	6	4,3333	0,817	6	4,333	0,817	117	3,855	1,315
<b>Realizo una planificación de las prácticas</b>	19	4,211	0,78733	86	3,1628	1,33602	6	3,6667	0,516	6	4,667	0,516	117	3,436	1,289
<b>Cumplimento las guias de evaluación de los estudiantes</b>	19	4,474	0,61178	86	3,2093	1,40684	6	3	1,265	6	3,833	1,602	117	3,436	1,386

**Tabla 64. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable tutorización de estudiantes en los últimos 5 años.**

	Si			No			Total		
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds
<b>Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo</b>	89,000	4,809	0,562	28,000	4,286	1,049	117,000	4,684	0,739
<b>Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas</b>	89	3,933	1,259	28,000	3,464	1,232	117,000	3,821	1,264
<b>Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante</b>	89	3,483	1,324	28,000	2,750	1,175	117,000	3,308	1,323
<b>Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados</b>	89,000	3,449	1,414	28,000	2,750	1,206	117,000	3,282	1,395
<b>Realizo un control de asistencia del estudiante</b>	89,000	4,034	1,238	28,000	3,286	1,410	117,000	3,855	1,315

**Tabla 65. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable Enfermero de referencia.**

	Si			No			Total		
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds
<b>Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas</b>	89	4,180	0,899	28	2,679	1,565	117	3,821	1,264
<b>Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante</b>	89	3,685	1,072	28	2,107	1,343	117	3,308	1,323
<b>Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados</b>	89	3,663	1,177	28	2,071	1,359	117	3,282	1,395
<b>Realizo un control de asistencia del estudiante</b>	89	4,124	1,126	28	3,000	1,515	117	3,855	1,315
<b>Realizo una planificación de las prácticas</b>	89	3,753	1,100	28	2,429	1,345	117	3,436	1,289
<b>Cumplimento las guias de evaluación de los estudiantes</b>	89	3,787	1,163	28	2,321	1,467	117	3,436	1,386

#### 4.7.3.1. Dimensión Motivación.

En las puntuaciones medias globales obtenidas en la dimensión Motivación en relación con las variables sociodemográficas, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de la dimensión Motivación y las variables edad, titulación, formación de posgrado, comunicaciones a congresos, nivel de inglés, situación laboral y entorno laboral ( $p < 0,05$ ) (Tabla 66). Se observan diferencias estadísticamente significativas en la variable tutorización de estudiantes ( $p = 0,006$ ) obteniendo mejores puntuaciones medias los profesionales que tutorizan estudiantes (media  $25,596 \pm 3,118$  puntos) y en ser enfermeras de referencia ( $p = 0,015$ ) (tabla 67), obteniendo mejores puntuaciones los profesionales que han realizado el curso (media  $25,551 \pm 3,0526$ ) (Tabla 68).

**Tabla 66. Análisis bivariante de la puntuación global la dimensión Motivación y las variables sociodemográficas.**

MOTIVACIÓN	P valor
Edad <sup>1</sup>	0,286
Titulación <sup>1</sup>	0,423
Formación oficial <sup>1</sup>	0,363
Formación no oficial <sup>1</sup>	0,939
Comunicaciones a Congresos <sup>1</sup>	0,808
Nivel de ingles <sup>1</sup>	0,978
Situación Laboral <sup>1</sup>	0,961
Entorno laboral <sup>1</sup>	0,119
Tutorización de estudiantes <sup>2</sup>	<b>0,006</b>
ER <sup>2</sup>	<b>0,015</b>

LEYENDA:

1: Test de Kruskal Wallis

2: Test de U de Mann Whitney

**Tabla 67. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Motivación y la variable tutorización de estudiantes.**

	n	m	ds
Si	89	25,596	3,118
No	28	23,500	3,459
Total	117	25,094	3,311

**Tabla 68. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Motivación y la variable enfermera de referencia.**

	n	m	ds
Si	89	25,551	3,053
No	28	23,643	3,724
Total	117	25,094	3,311

## Resultados

Tal como muestra la tabla 69, no existen diferencias estadísticamente significativas en los ítems de la dimensión Motivación y las variables edad, titulación, formación de posgrado, comunicaciones a congresos, nivel de inglés y situación laboral ( $p < 0,05$ ). Se observan diferencias estadísticamente significativas según el entorno laboral y los ítems “*Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas*” ( $p = 0,021$ ) y “*Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas*” ( $p = 0,004$ ) de manera que los profesionales que mejor puntuación obtienen son los de atención primaria (tabla 70). Por otra parte, 4 de los 6 ítems de la dimensión muestra diferencias estadísticamente significativas según la tutorización de estudiantes en los últimos 5 años, obteniendo puntuaciones más altas los profesionales que sí tutorizan estudiantes ( $p < 0,05$ ). El ítem que mayor puntuación obtiene es “*Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás*”, (tabla 71), con una media de 4,494 y desviación estándar de 0,586 obtenida por los profesionales que tutorizan estudiantes.

En cuanto a las enfermeras de referencia, se observan diferencias estadísticamente significativas en los ítems “*Me resulta agradable e interesante*” ( $p = 0,011$ ), “*Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás*” ( $p = 0,03$ ), “*Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas*” ( $p = 0,008$ ) y “*Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas*” ( $p = 0,013$ ), obteniendo, en todos los casos, mejores puntuaciones los profesionales que son enfermeros de referencia frente a los que no los son (tabla 72). Destaca que el ítem “*Me resulta agradable e interesante*”, por ser el que mejor puntuación obtiene en los profesionales que son enfermeros de referencia (media 4,472  $ds = 0,605$ ).

Tabla 69. Análisis bivariante de los ítems dimensión Motivación y las variables sociodemográficas

	Edad <sup>1</sup>	Titulación <sup>1</sup>	Formación oficial <sup>1</sup>	Formación no oficial <sup>1</sup>	Comunicaciones a Congresos <sup>1</sup>	Nivel de inglés <sup>1</sup>	Situación Laboral <sup>1</sup>	Entorno laboral <sup>1</sup>	Tutorización de estudiantes <sup>2</sup>	ER <sup>2</sup>
<b>MOTIVACION</b>										
<b>9</b>	<i>Me resulta agradable e interesante</i>									
	0,445	0,532	0,272	0,623	0,615	0,881	0,874	0,364	0,062	<b>0,011</b>
<b>10</b>	<i>Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás</i>									
	0,277	0,278	0,712	0,585	0,965	0,703	0,384	0,506	<b>0,05</b>	<b>0,03</b>
<b>11</b>	<i>Me genera interés personal</i>									
	0,872	0,405	0,104	0,905	0,564	0,742	0,783	0,865	0,417	0,069
<b>12</b>	<i>Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales</i>									
	0,498	0,779	0,391	0,191	0,46	0,78	0,641	0,882	<b>0,021</b>	0,077
<b>13</b>	<i>Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas</i>									
	0,293	0,653	0,195	0,631	0,07	0,767	0,733	<b>0,021</b>	<b>0,003</b>	<b>0,008</b>
<b>14</b>	<i>Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas</i>									
	0,231	0,495	0,733	0,568	0,778	0,719	0,925	<b>0,004</b>	<b>0,005</b>	<b>0,013</b>
LEYENDA:										
1: Test de Kruskal Wallis										
2: Test de U de Mann Whitney										

## Resultados

Tabla 70. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable entorno laboral.

	Atención Primaria			Atención especializada			Atención sociosanitaria			otro			Total		
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds
<b>Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas</b>	19	4,263	0,806	86	3,686	0,830	6	3,667	0,516	6	4,167	0,753	117	3,803	0,833
<b>Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas</b>	19	4,316	0,671	86	3,616	1,008	6	3,667	0,516	6	4,500	0,548	117	3,778	0,966

Tabla 71. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable tutorización de estudiantes en los últimos 5 años.

	Si			No			Total		
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds
<b>Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás</b>	89	4,494	0,586	28	4,214	0,686	117	4,427	0,620
<b>Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales</b>	89	4,449	0,657	28	4,143	0,651	117	4,376	0,666
<b>Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas</b>	89	3,933	0,780	28	3,393	0,875	117	3,803	0,833
<b>Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas</b>	89	3,910	0,937	28	3,357	0,951	117	3,778	0,966

Tabla 72. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable Enfermero de referencia.

	Si			No			Total		
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds
<b>Me resulta agradable e interesante</b>	89	4,472	0,605	28	4,036	0,838	117	4,368	0,690
<b>Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás</b>	89	4,506	0,567	28	4,179	0,723	117	4,427	0,620
<b>Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas</b>	89	3,910	0,821	28	3,464	0,793	117	3,803	0,833
<b>Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas</b>	89	3,921	0,842	28	3,321	1,188	117	3,778	0,966



#### 4.7.3.1. Dimensión Satisfacción.

En la tabla 73 se muestra el análisis bivariante de la puntuación global de la dimensión Satisfacción y las variables sociodemográficas. No se observan diferencias estadísticamente significativas en las variables edad, titulación, formación de postgrado, comunicaciones a congresos y nivel de inglés, situación laboral, entorno laboral y tutorización de estudiantes en los últimos 5 años ( $p < 0,05$ ). Solo se muestran diferencias estadísticamente significativas en la variables Enfermera de referencia ( $p = 0,001$ ). Se observa que los profesionales que son enfermeros de referencia obtienen puntuaciones superiores (media 27,146,  $sd = 5,301$ ) a los que no son enfermeros de referencia (media 21,750,  $sd = 5,920$ ) (Tabla 74).

En la dimensión satisfacción no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los ítems y las variables formación de postgrado, comunicaciones a congresos, nivel de inglés, situación laboral y tutotización de estudiantes en los últimos 5 años ( $p < 0,005$ ) (tabla 75).

En relación a la edad se observan diferencias estadísticamente significativas en un solo ítem "*Creo que las prácticas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado*" ( $P = 0,024$ ), siendo las enfermeras más jóvenes las que mejor puntuación le otorgan a este ítem (media  $4 \pm 0,632$  puntos) (tabla 76). También se observan diferencias estadísticamente significativas según la titulación obtenida en el ítem "*Tengo mayor reconocimiento de mis superiores*" ( $p = 0,016$ ), de manera que los profesionales que tienen la titulación de grado obtienen mayor puntuación en este ítem (media  $3,778 \pm 0,972$ ) (tabla 77).

En entorno laboral en el que prestan servicios los enfermeros también muestra diferencias estadísticamente significativas en los ítems "*Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica*", ( $p = 0,016$ ) "*Siempre se ha hecho de esta forma*" ( $p = 0,039$ ), "*La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria*" ( $p = 0,033$ ), (tabla 78).

Por otra parte, puede afirmarse que se observan diferencias estadísticamente significativas en 6 de los 8 ítems en el análisis de la dimensión satisfacción y ser enfermera de referencia, como se observa en la tabla 79, obteniendo puntuaciones siempre superiores las enfermeras de referencia.

## Resultados

Tabla 73. Análisis bivariante de la puntuación global la dimensión Satisfacción y las variables sociodemográficas.

SATISFACCIÓN	P VALOR
Edad <sup>1</sup>	0,792
Titulación <sup>1</sup>	0,269
Formación oficial <sup>1</sup>	0,808
Formación no oficial <sup>1</sup>	0,287
Comunicaciones a Congresos <sup>1</sup>	0,231
Nivel de ingles <sup>1</sup>	0,436
Situación Laboral <sup>1</sup>	0,994
Entorno laboral <sup>1</sup>	0,558
Tutorización de estudiantes <sup>2</sup>	0,177
ER <sup>2</sup>	<b>&lt;0,001</b>

LEYENDA:

1: Test de Kruskal Wallis

2: Test de U de Mann Whitney

Tabla 74. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Satisfacción y la variable enfermera de referencia.

	n	m	ds
Si	89	27,146	5,301
No	28	21,750	5,998
Total	117	25,855	5,919

Tabla 75. Análisis bivariante de los ítems dimensión Satisfacción y las variables sociodemográficas

	Edad <sup>1</sup>	Titulación <sup>1</sup>	Formación oficial <sup>1</sup>	Formación no oficial <sup>1</sup>	Comunicaciones a Congresos <sup>1</sup>	Nivel de inglés <sup>1</sup>	Situación Laboral <sup>1</sup>	Entorno laboral <sup>1</sup>	Tutorización de estudiantes <sup>2</sup>	ER <sup>2</sup>
<b>SATISFACCIÓN</b>										
<b>15</b>	<i>Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica</i>									
	0,325	0,313	0,377	0,847	0,421	0,817	0,712	<b>0,016</b>	0,093	<b>0,007</b>
<b>16</b>	<i>Tengo mayor reconocimiento de mis superiores</i>									
	0,698	<b>0,016</b>	0,967	0,319	0,565	0,207	0,46	0,943	0,305	<b>0,014</b>
<b>17</b>	<i>Siempre se ha hecho de esta forma</i>									
	0,175	0,449	0,403	0,851	0,122	0,468	0,547	<b>0,039</b>	0,658	0,245
<b>18</b>	<i>Creo que las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado</i>									
	<b>0,024</b>	0,831	0,732	0,256	0,419	0,317	0,069	0,718	0,417	0,831
<b>19</b>	<i>Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos</i>									
	0,921	0,153	0,732	0,93	0,699	0,615	0,594	0,27	0,634	<b>&lt;0,001</b>
<b>20</b>	<i>La coordinación existente entre la universidad y el centro de practicas es satisfactoria</i>									
	0,898	0,216	0,64	0,38	0,229	0,551	0,498	<b>0,033</b>	0,209	<b>&lt;0,001</b>
<b>21</b>	<i>Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas</i>									
	0,322	0,187	0,89	0,988	0,539	0,595	0,879	0,448	0,643	<b>0,001</b>
<b>22</b>	<i>Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad</i>									
	0,872	0,369	0,356	0,476	0,785	0,464	0,088	0,137	0,092	<b>&lt;0,001</b>

LEYENDA:

1: Test de Kruskal Wallis

2: Test de U de Mann Whitney

Tabla 76. Análisis descriptivo del ítem 18 según la variable edad.

<b>“Creo que las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado”</b>			
<b>EDAD</b>	<b>n</b>	<b>m</b>	<b>ds</b>
<30	6	4	0,632
31,00 - 40,00	41	3,805	0,715
41.00-50.00	43	3,419	0,906
51.00-60.00	20	3,3	0,801
>60	2	2,5	0,707
Total	112	3,554	0,837

Tabla 77. Análisis descriptivo del ítem 16 según la variable nivel de titulación.

<b>“Tengo mayor reconocimiento de mis superiores”</b>			
<b>Nivel de titulación</b>	<b>n</b>	<b>m</b>	<b>ds</b>
DUE	95	2,505	1,110
GRADO	9	3,778	0,972
MASTER	12	2,833	1,337
OTRO	1	3	
Total	117	2,641	1,163

Tabla 78. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable entorno laboral.

	Atención Primaria			Atención especializada			Atención sociosanitaria			otro			Total		
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds
<b>Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica</b>	19	4,158	0,834	86	3,116	1,384	6	3,833	1,169	6	3,333	1,211	117	3,333	1,339
<b>Siempre se ha hecho de esta forma</b>	19	2,368	1,065	86	3,163	1,177	6	3,000	0,894	6	2,333	1,033	117	2,983	1,174
<b>La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria</b>	19	3,684	1,057	86	3,093	1,047	6	3,167	0,753	6	4,000	1,095	117	3,239	1,064

Tabla 79. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable enfermero de referencia.

	Si			No			Total		
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds
<b>Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica</b>	89	3,551	1,178	28	2,643	1,592	117	3,333	1,339
<b>Tengo mayor reconocimiento de mis superiores</b>	89	2,775	1,085	28	2,214	1,315	117	2,641	1,163
<b>Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos</b>	89	3,416	1,009	28	2,071	0,979	117	3,094	1,152
<b>La coordinación existente entre la universidad y el centro de practicas es satisfactoria</b>	89	3,472	0,943	28	2,500	1,106	117	3,239	1,064
<b>Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas</b>	89	3,494	0,906	28	2,750	1,005	117	3,316	0,980
<b>Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad</b>	89	3,955	0,767	28	2,857	1,268	117	3,692	1,021

#### 4.7.3.1. Dimensión Obstáculos.

El análisis de la puntuación global de la dimensión Obstáculos y las variables sociodemográficas muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación global de la dimensión Obstáculos y las variables: edad, titulación, formación de postgrado, nivel de inglés, situación laboral, entorno laboral y tutorización de estudiantes en los últimos 5 años y ser enfermera de referencia ( $p < 0,05$ ) (tabla 80).

En las medias globales de la dimensión Obstáculos, solo se observan diferencias estadísticamente significativas en las comunicaciones a congresos realizadas ( $p = 0,006$ ), donde obtienen las mejores puntuaciones los profesionales que realizan más de 6 congresos al año (media 29,250,  $ds = 0,957$ ), al tratarse de un ítem invertido este dato indica que los profesionales que asisten a congresos encuentran menos obstáculos en el proceso de tutorización, en cambio, los profesionales que no asisten a congresos obtienen las puntuaciones más bajas (media 20,101,  $ds = 5,151$ ), lo que indica que encuentran más obstáculos en el proceso de tutorización. (Tabla 81).

**Tabla 80. Análisis bivalente de la puntuación global la dimensión Obstáculos y las variables sociodemográficas.**

OBSTÁCULOS	P valor
Edad <sup>1</sup>	0,043
Titulación <sup>1</sup>	0,406
Formación oficial <sup>1</sup>	0,665
Formación no oficial <sup>1</sup>	0,748
Comunicaciones a Congresos <sup>1</sup>	<b>0,006</b>
Nivel de inglés <sup>1</sup>	0,839
Situación Laboral <sup>1</sup>	0,95
Entorno laboral <sup>1</sup>	0,068
Tutorización de estudiantes <sup>2</sup>	0,453
ER <sup>2</sup>	0,084

LEYENDA:

1: Test de Kruskal Wallis

2: Test de U de Mann Whitney

**Tabla 81. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Obstáculos y la variable comunicaciones a congresos**

	n	m	ds
Ninguno	69	20,101	5,151
Entre 1 y 3	41	20,244	4,398
Entre 4 y 6	3	24	2
Más de 6	4	29,250	0,957
Total	117	20,564	5,038

La tabla 82 ofrece un resumen sobre las variables que muestran diferencias estadísticamente significativas con cada uno de ítems de la dimensión Obstáculos. No

## Resultados

se observan diferencias estadísticamente significativas en las variables titulación, formación de postgrado, nivel de inglés, situación laboral, entorno laboral y tutorización de estudiantes ( $p < 0,05$ ).

Se observan diferencias estadísticamente significativas en las variables edad, comunicaciones a congresos y ser enfermera de referencia.

La variable edad solo ofrece diferencias estadísticamente significativas en los ítems *“Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone”* ( $p = 0,04$ ) y *Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca”* ( $p = 0,023$ ). En la tabla 83 se observa que las enfermeras de mayor edad son las que menores puntuaciones obtienen en estos dos ítems (media 3,393,  $ds = 1,157$  y media 3,679,  $sd = 1,042$  respectivamente), lo que indica que encuentran más obstáculos cuando tutorizan estudiantes, en cambio, son las enfermeras en la franja de edad entre 31 y 40 años las que más puntuación obtienen (media 3,829,  $sd = 0,947$  y media 4,049,  $sd = 0,835$ ), lo que indica que encuentran menos obstáculos.

En la variable comunicaciones a congresos se observan diferencias en los ítems *“Me supone un obstáculo trabajar a turnos”* ( $p = 0,006$ ), *“Me supone un obstáculo el tiempo que requieren”* ( $p = 0,024$ ), *“Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone”* ( $p = 0,029$ ) y *“Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo”* ( $p = 0,02$ ). En el ítem *“Me supone un obstáculo trabajar a turnos”* se observa que las enfermeras que realizaron entre 1 y 3 congresos en los últimos 5 años son las que menor puntuación obtienen, y las enfermeras que realizaron más de 6 congresos en los últimos 5 años son las que mayor puntuación obtienen. En los otros 3 ítems *“Me supone un obstáculo el tiempo que requieren”*, *“Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone”* y *“Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo”* son las enfermeras que no realizan congresos las que menor puntuación obtuvieron, en cambio las que suelen asistir a más de 6 congresos obtuvieron las mejores puntuaciones, por lo que se entiende que son estos últimos profesionales los que menos obstáculos encuentran al tutorizar estudiantes (tabla 84).

La variable que más diferencias estadísticamente significativas ofrece es la de ser enfermeras de referencia, en la que hay diferencias en 5 de los 6 ítems de la dimensión. Se observa que los profesionales que son enfermeros de referencia obtienen mayor puntuación en todos los ítems de esta dimensión, lo que significa que les supone menos obstáculos realizar la tutorización de estudiantes (tabla 85).

Tabla 82. Análisis bivariante de los ítems dimensión Obstáculos y las variables sociodemográficas.

	Edad <sup>1</sup>	Titulación <sup>1</sup>	Formación oficial <sup>1</sup>	Formación no oficial <sup>1</sup>	Comunicaciones a Congresos <sup>1</sup>	Nivel de inglés <sup>1</sup>	Situación Laboral <sup>1</sup>	Entorno laboral <sup>1</sup>	Tutorización de estudiantes <sup>2</sup>	ER <sup>2</sup>
<b>OBSTÁCULOS</b>										
<b>23</b>	<i>Me supone un obstáculo trabajar a turnos</i>									
	0,354	0,213	0,31	0,421	<b>0,006</b>	0,92	0,275	0,058	0,552	0,203
<b>24</b>	<i>Me supone un obstáculo el tiempo que requieren</i>									
	0,057	0,56	0,616	0,907	<b>0,024</b>	0,697	0,869	0,294	0,392	<b>0,001</b>
<b>25</b>	<i>Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone</i>									
	<b>0,04</b>	0,328	0,944	0,957	<b>0,029</b>	0,654	0,977	0,464	0,77	<b>0,003</b>
<b>26</b>	<i>Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca</i>									
	<b>0,023</b>	0,804	0,857	0,437	0,064	0,71	0,675	0,177	0,471	<b>0,035</b>
<b>27</b>	<i>Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo</i>									
	0,224	0,786	0,357	0,108	<b>0,02</b>	0,381	0,277	0,247	0,774	<b>0,001</b>
<b>28</b>	<i>Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral</i>									
	0,517	0,621	0,963	0,582	0,159	0,857	0,838	0,26	0,883	<b>0,001</b>

**Tabla 83. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable edad.**

	<30			31,00 - 40,00			41.00-50.00			51.00-60.00			>60			Total		
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	
<b>Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone</b>	6	3,167	2,041	41	3,829	0,946	43	3,070	1,121	20	3,300	1,129	2	3	1,414	112	3,393	1,153
<b>Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca</b>	6	3,833	1,602	41	4,049	0,835	43	3,395	1,027	20	3,550	1,099	2	3	1,414	112	3,679	1,041

**Tabla 84. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable comunicaciones a congresos.**

	Ninguno			Entre 1 y 3			Entre 4 y 6			Mas de 6			Total			
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds	n
<b>Me supone un obstáculo trabajar a turnos</b>	69	2,942	1,293	41	2,634	1,090	3	3,667	0,577	4	5	0	117	2,923	1,261	69
<b>Me supone un obstáculo el tiempo que requieren</b>	69	3,304	1,154	41	3,415	1,245	3	4,000	1,000	4	5	0	117	3,419	1,198	69
<b>Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone</b>	69	3,290	1,164	41	3,415	1,117	3	4,333	0,577	4	4,75	0,5	117	3,410	1,153	69

**Tabla 85. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable enfermera de referencia.**

	Si			No			Total		
	n	m	ds	n	m	ds	n	m	ds
<b>Me supone un obstáculo el tiempo que requieren</b>	89	3,629	1,122	28	2,750	1,206	117	3,419	1,198
<b>Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone</b>	89	3,607	1,062	28	2,786	1,228	117	3,410	1,153
<b>Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca</b>	89	3,787	0,971	28	3,250	1,206	117	3,658	1,052
<b>Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo</b>	89	3,551	1,055	28	2,714	1,182	117	3,350	1,140
<b>Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral</b>	89	4,000	0,905	28	3,179	1,124	117	3,803	1,019



## 4.7.3.1. Dimensión Compromiso.

La tabla 86 recoge el resultado del análisis bivalente de la puntuación global de la dimensión Compromiso y las variables sociodemográficas. No se observan diferencias estadísticamente significativas en las variables titulación, formación de postgrado, comunicaciones a congresos, nivel de inglés, situación laboral y entorno laboral ( $p < 0,05$ ). Se observan diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación global de la dimensión Compromiso y las variables tutorización de estudiantes ( $p < 0,001$ ) y ser enfermera de referencia ( $p = 0,034$ ). El análisis de los resultados muestra que, las enfermeras que tutorizan estudiantes obtienen puntuaciones mayores que las que no tutorizan. (tabla 87).

En la tabla 88 también se muestra que los profesionales que son enfermeras de referencia también muestran mejores puntuaciones medias.

**Tabla 86. Análisis bivalente de la puntuación global la dimensión Compromiso y las variables sociodemográficas.**

COMPROMISO	P valor
Edad <sup>1</sup>	0,927
Titulación <sup>1</sup>	0,239
Formación oficial <sup>1</sup>	0,426
Formación no oficial <sup>1</sup>	0,942
Comunicaciones a Congresos <sup>1</sup>	0,688
Nivel de inglés <sup>1</sup>	0,651
Situación Laboral <sup>1</sup>	0,359
Entorno laboral <sup>1</sup>	0,3
Tutorización de estudiantes <sup>2</sup>	<b>&lt;0,001</b>
ER <sup>2</sup>	<b>0,034</b>

LEYENDA:

1: Test de Kruskal Wallis

2: Test de U de Mann Whitney

**Tabla 87. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Compromiso y la variable tutorización de estudiantes.**

	n	m	ds
Si	89	21,933	2,820
No	28	21,107	2,266
Total	117	21,735	2,711

**Tabla 88. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Compromiso y la variable enfermera de referencia.**

	n	m	ds
Si	89	22,034	2,596
No	28	20,786	2,898
Total	117	21,735	2,711

## Resultados

Tal como se observa en la tabla 89, que recoge la significación estadística de los datos, no se observan diferencias entre los ítems de la dimensión compromiso y las variables edad, titulación, formación de postgrado, comunicaciones a congresos y nivel de inglés ( $p < 0,05$ ).

Se muestran diferencias estadísticamente significativas en el ítem “*Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería*” y la variable situación laboral ( $p = 0,011$ ), obteniendo las mejores puntuaciones el personal interino (media 4.682 y desviación estandar de 0.518) seguido del personal fijo (media 4.426 y desviación estandar de 0.767) (tabla 90).

El ítem “*Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación*” muestra diferencias estadísticamente significativas en relación al entorno laboral ( $p = 0,028$ ), la tutorización de estudiantes ( $p = 0,015$ ) y ser enfermero de referencia ( $p = 0,005$ ), siendo las enfermeras que tutorizan estudiantes y las que son enfermeras de referencia las que mejor puntuación obtienen en este ítem (Tablas 91-93).

Tabla 89. Análisis bivariante de los ítems dimensión Compromiso y las variables sociodemográficas.

	Edad <sup>1</sup>	Titulación <sup>1</sup>	Formación oficial <sup>1</sup>	Formación no oficial <sup>1</sup>	Comunicaciones a Congresos <sup>1</sup>	Nivel de inglés <sup>1</sup>	Situación Laboral <sup>1</sup>	Entorno laboral <sup>1</sup>	Tutorización de estudiantes <sup>2</sup>	ER <sup>2</sup>
<b>COMPROMISO</b>										
<b>29</b>	<i>Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería</i>									
	0,917	0,822	0,31	0,346	0,52	0,6	<b>0,011</b>	0,325	0,075	0,223
<b>30</b>	<i>Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación</i>									
	0,401	0,933	0,564	0,934	0,55	0,699	0,486	<b>0,028</b>	<b>0,015</b>	<b>0,005</b>
<b>31</b>	<i>Creo necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas</i>									
	0,516	0,055	0,899	0,77	0,615	0,195	0,869	0,454	0,968	0,756
<b>32</b>	<i>Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir</i>									
	0,486	0,087	0,804	0,659	0,684	0,289	0,239	0,777	0,97	0,472
<b>33</b>	<i>Es un compromiso profesional</i>									
	0,965	0,083	0,237	0,59	0,672	0,502	0,425	0,438	0,246	0,436

LEYENDA:

1: Test de Kruskal Wallis

2: Test de U de Mann Whitney

Tabla 90. Análisis descriptivo del ítem 29 según la variable situación laboral.

<b>“Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería”</b>			
<b>Situación laboral</b>	<b>n</b>	<b>m</b>	<b>ds</b>
Contratado Laboral	9	4,000	1,118
Eventual	10	3,900	0,876
Interino	44	4,682	0,518
Fijo	54	4,426	0,767
Total	117	4,444	0,759

Tabla 91. Análisis descriptivo del ítem 30 según la variable entorno laboral.

<b>Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación</b>			
<b>Entorno laboral</b>	<b>n</b>	<b>m</b>	<b>ds</b>
Atención Primaria.	19	4,526	0,841
Atención especializada.	86	4,035	0,976
Atención sociosanitaria	6	4,500	0,837
otro	6	4,833	0,408
Total	117	4,180	0,952

Tabla 92 Análisis descriptivo del ítem 30 según la variable tutorización de estudiantes.

<b>Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación</b>			
<b>¿Tutoriza estudiantes?</b>	<b>n</b>	<b>m</b>	<b>ds</b>
Si	89	4,292	0,920
No	28	3,821	0,983
Total	117	4,180	0,952

Tabla 93. Análisis descriptivo del ítem 30 según la variable Enfermero de referencia.

<b>Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación</b>			
<b>Enfermero de referencia</b>	<b>n</b>	<b>m</b>	<b>ds</b>
Si	89	4,348	0,785
No	28	3,643	1,224
Total	117	4,180	0,952

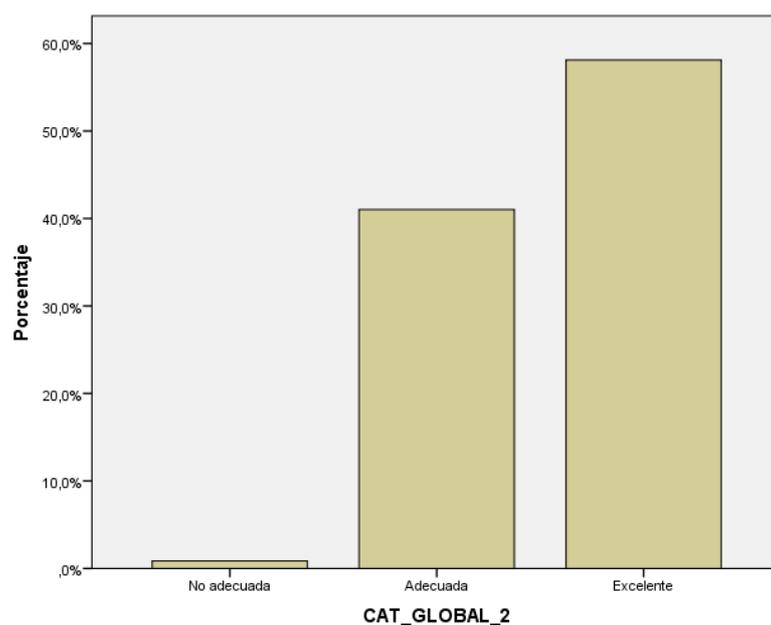
#### 4.7.4. Análisis multivariante.

En este apartado se presentan los resultados de las regresiones logísticas ordinales (RLO) realizadas para explorar el efecto de las variables sociodemográficas sobre el nivel de implicación de las enfermeras clínicas de la provincia de Castellón que tutelan estudiantes durante las prácticas clínicas. Cabe recordar que se crearon 3 categorías (Excelente, adecuada y no adecuada) para realizar las regresiones logísticas ordinales. Los resultados se presentan organizados para el global del cuestionario y cada una de sus dimensiones.

##### 4.7.4.1. RLO del cuestionario IMSOC.

La categoría más frecuente fue Excelente en el 58,1% de los casos (n=68), seguida de la categoría Adecuada en el 41% de los casos (n=48), y un caso en la categoría No adecuada (Figura 1).

Figura 1: Distribución en las categorías del cuestionario IMSOC



Se realizó una primera RLO incluyendo todas las variables sociodemográficas del estudio. La prueba de líneas paralelas no confirmó que las estimaciones fuesen las mismas para todas las variables de la categoría dependiente ( $p < 0,001$ ). Las variables cuyas categorías mostraron significación estadística para ser incluidas en la RLO según el estadístico z de Wald fueron Edad, Tutela de estudiantes en los últimos 5 años y Enfermera de referencia ( $p < 0,05$ ) (Tabla 94).

Tabla 94. Estadísticos z de Wald para el cuestionario IMSOC

	Estimación	Wald	Sig.	IC95%	
				Inferior	Superior
<b>Edad</b>					
Menos de 30	-16,085	209,600	<0,001	-18,263	-13,908
31-40	-17,016	558,328	<0,001	-18,427	-15,604
41-50	-17,910	919,956	<0,001	-19,067	-16,753
51-60	-17,364	.	.	-17,364	-17,364
Más de 60	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel académico</b>					
Enfermera	-,597	0,663	0,416	-2,034	0,840
Máster	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado oficiales</b>					
Ninguno	-,306	0,365	0,546	-1,300	0,687
De 1 a 3	-,470	0,979	0,323	-1,400	0,461
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado no oficiales</b>					
Ninguno	,612	1,345	0,246	-,423	1,648
De 1 a 3	,523	1,151	0,283	-,432	1,478
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Comunicaciones en congresos los últimos 5 años</b>					
Ninguno	-,182	0,023	0,879	-2,514	2,150
De 1 a 3	-,336	0,079	0,778	-2,672	2,000
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel de inglés</b>					
Ninguno	-,760	1,335	0,248	-2,050	0,529
A1-B1	-,013	0,001	0,981	-1,128	1,101
B2 o superior	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Tipo de contrato</b>					
Interino	,165	0,090	0,764	-,911	1,240
Fijo	,279	0,169	0,681	-1,049	1,606
Otro	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Entorno laboral</b>					
At. Primaria	,631	0,415	0,519	-1,288	2,550
At. Especializada	-,427	0,390	0,532	-1,769	,914
Otros	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>¿Has tutelado estudiantes los últimos 5 años?</b>					
Sí	1,154	7,035	<b>0,008</b>	0,301	2,007
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Enfermero de Referencia</b>					
Sí	1,923	15,960	<b>&lt;0,001</b>	0,979	2,866
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.

Función de vínculo: Log-log complementaria.

<sup>a</sup> Este parámetro se establece en cero porque es redundante.

La Tabla 95 muestra los resultados del modelo incluyendo las variables Edad, Tutela de estudiantes en los últimos 5 años y Enfermera de referencia. La prueba de ajuste global con el estadístico G confirmó que el modelo mejoraba con la inclusión de las variables, frente al modelo con solo la constante (chi cuadrado= 35,334;  $p < 0,01$ ). La bondad de

ajuste del modelo fue confirmada con el chi cuadrado de Pearson ( $\chi^2 = 14,485$ ;  $p = 0,983$ ) y el chi cuadrado en base a la desviación ( $\chi^2 = 13,13$ ;  $p = 0,992$ ) al rechazar las hipótesis nulas de los contrastes.

**Tabla 95: Resultado de la RLO para el global del cuestionario IMSOC**

	Estimación	Wald	Sig.	IC95%	
				Inferior	Superior
<b>Estimaciones de la categorías</b>					
No adecuada	-20,601	354,444	<0,001	-22,746	-18,456
Adecuada	-16,041	638,331	<0,001	-17,285	-14,797
<b>Edad</b>					
30 o menos	-16,567	368,874	<0,001	-18,258	-14,876
31-40	-17,401	1191,539	<0,001	-18,389	-16,413
41-50	-17,896	1400,396	<0,001	-18,834	-16,959
51-60	-17,859	.	.	-17,859	-17,859
61 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Tutela estudiantes últimos 5 años</b>					
Sí	1,352	12,828	<0,001	0,612	2,091
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Enfermera de referencia</b>					
Sí	1,662	20,091	<0,001	0,935	2,389
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.

Leyenda

a. Este parámetro se establece en cero porque es redundante.

Por otra parte, el pseudo- $R^2$  de Nagelkerke obtuvo un valor de 0,355 y la prueba de líneas paralelas confirmó que los coeficientes  $\beta$  (estimaciones) fueron los mismos para todas las categorías de la variable independiente ( $\chi^2 = 4,963$ ;  $p = 0,549$ ).

La tabla 96 muestra la distribución de frecuencias de las categorías originales del cuestionario IMSOC y las categorías pronosticadas según la RLO. El índice de concordancia fue de 0,73 puntos, de modo que se el modelo predijo correctamente las categorías en el 73% ( $n = 82$ ) de los casos. Se observa que el modelo predijo adecuadamente el 62,2% ( $n = 28$ ) de los casos en la categoría Adecuada y el 81,4% ( $n = 54$ ) de los casos de la categoría Excelente, aunque no predijo el único caso de la categoría No adecuada.

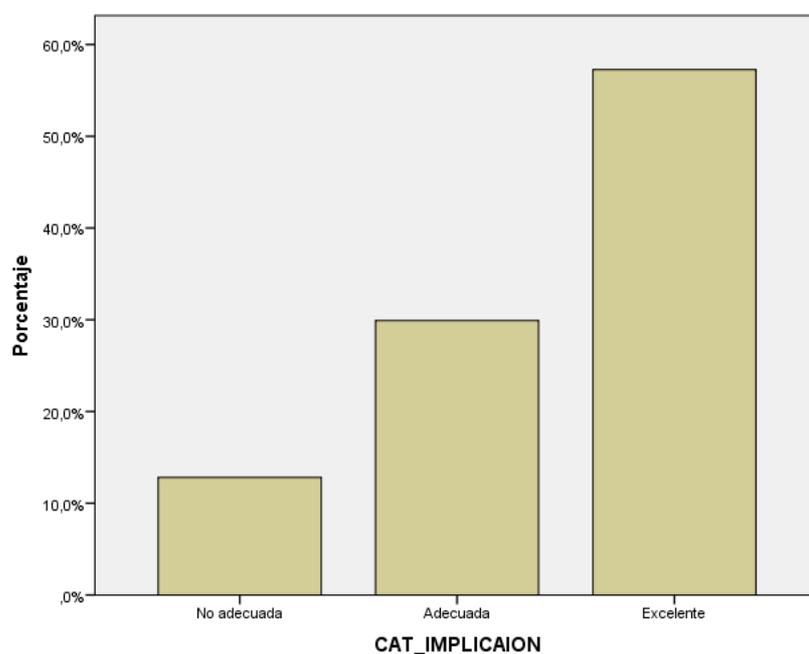
Tabla 96. Tabla de contingencias Categorías cuestionario IMSOC y categorías pronosticadas

Categorías según cuestionario	Categoría pronosticada		Total
	Adecuada	Excelente	
<b>No adecuada</b>	1 (100%)	0 (0%)	1 (100,0%)
<b>Adecuada</b>	<b>28 (62,2%)</b>	17 (37,8%)	45 (100,0%)
<b>Excelente</b>	12 (18,2%)	<b>54 (81,8%)</b>	66 (100,0%)
<b>Total</b>	41 (36,6%)	71 (63,4%)	112 (100,0%)

4.7.4.2. RLO de la dimensión Implicación.

La categoría más frecuente fue Excelente en el 57,3% de los casos (n=67), seguida de la categoría Adecuada en el 29,9% de los casos (n=35), y el 12,8% de los casos en la categoría No adecuada (n=15) (Figura 2).

Figura 2: Distribución en las categorías de la Dimensión Implicación



Se realizó una primera RLO incluyendo todas las variables sociodemográficas del estudio. La prueba de líneas paralelas no confirmó que las estimaciones fuesen las mismas para todas las variables de la categoría dependiente ( $p < 0,001$ ). Las variables cuyas categorías mostraron significación estadística para ser incluidas en la RLO según el estadístico z de Wald fueron Edad, Entono laboral y Enfermera de referencia ( $p < 0,05$ ) (Tabla 97).



Tabla 97. Estadísticos z de Wald para la Dimensión Implicación

	Estimación	Wald	Sig.	IC95%	
				Inferior	Superior
<b>Edad</b>					
Menos de 30	-14,016	178,360	<0,001	-16,073	-11,959
31-40	-15,020	530,563	<0,001	-16,298	-13,742
41-50	-15,919	845,470	<0,001	-16,992	-14,846
51-60	-15,882	.	.	-15,882	-15,882
Más de 60	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel académico</b>					
Enfermera	-0,745	1,470	0,225	-1,948	0,459
Máster	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado oficiales</b>					
Ninguno	0,206	,209	0,648	-0,679	1,091
De 1 a 3	0,491	1,438	0,231	-0,312	1,293
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado no oficiales</b>					
Ninguno	-0,568	1,734	0,188	-1,412	0,277
De 1 a 3	-0,134	,093	0,760	-0,997	0,728
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Comunicaciones en congresos los últimos 5 años</b>					
Ninguno	-0,838	,641	0,423	-2,889	1,213
De 1 a 3	-0,687	,408	0,523	-2,795	1,421
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel de inglés</b>					
Ninguno	0,934	2,728	0,099	-0,174	2,042
A1-B1	0,677	2,052	0,152	-0,249	1,603
B2 o superior	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Tipo de contrato</b>					
Interino	0,061	0,017	0,896	-0,857	0,980
Fijo	0,789	1,936	0,164	-0,323	1,901
Otro	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Entorno laboral</b>					
At. Primaria	2,386	4,252	0,039	0,118	4,653
At. Especializada	0,591	1,074	0,300	-0,527	1,709
Otros	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>¿Has tutelado estudiantes los últimos 5 años?</b>					
Sí	0,590	2,366	0,124	-0,162	1,343
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Enfermero de Referencia</b>					
Sí	1,627	17,990	<0,001	0,875	2,379
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.

Función de vínculo: Log-log complementaria.

<sup>a</sup> Este parámetro se establece en cero porque es redundante

La tabla 98 muestra los resultados del modelo incluyendo las variables Edad, Entorno laboral y Enfermera de referencia. La prueba de ajuste global con el estadístico G confirmó que el modelo mejoraba con la inclusión de las variables, frente al modelo con solo la constante (chi cuadrado= 35,84;  $p < 0,01$ ). La bondad de ajuste del modelo fue confirmada con el chi cuadrado de Pearson (chi= 15,537;  $p = 0,961$ ) y el chi cuadrado

## Resultados

en base a la desviación ( $\chi^2 = 17,714$ ;  $p = 0,912$ ) al rechazar las hipótesis nulas de los contrastes.

**Tabla 98: Resultado de la RLO de la dimensión Implicación.**

	Estimación	Wald	Sig.	IC95%	
				Inferior	Superior
<b>Estimaciones de la categorías</b>					
No adecuada	-16,576	593,236	<0,001	-17,910	-15,242
Adecuada	-14,997	517,170	<0,001	-16,289	-13,704
<b>Edad</b>					
Menos de 30	-14,9070	364,084	<0,001	-16,438	-13,376
31-40	-15,681	1168,993	<0,001	-16,580	-14,782
41-50	-16,055	1320,724	<0,001	-16,921	-15,189
51-60	-15,673	.	.	-15,673	-15,673
Más de 60	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Entorno laboral</b>					
At. Primaria	2,4	4,612	0,032	0,210	4,589
At. Especializada	0,104	0,041	0,839	-0,901	1,109
Otros	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Enfermero de Referencia</b>					
Sí	1,4	18,731	<0,001	0,766	2,033
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.

Función de vínculo: Log-log complementaria.

<sup>a</sup> Este parámetro se establece en cero porque es redundante

Por otra parte, el pseudo- $R^2$  de Nagelkerke obtuvo un valor de 0,321 y la prueba de líneas paralelas confirmó que los coeficientes  $\beta$  (estimaciones) fueron los mismos para todas las categorías de la variable independiente ( $\chi^2$  cuadrado= 7,807;  $p = 0,35$ ).

La tabla 99 muestra la distribución de frecuencias de las categorías originales de la dimensión Implicación y las categorías pronosticadas según la RLO. El índice de concordancia fue de 0,598 puntos, de modo que el modelo predijo correctamente las categorías en el 59,8% ( $n = 82$ ) de los casos. Se observa que la predicción del modelo tiende a clasificar a los sujetos en categorías superiores. De hecho, el modelo no predijo adecuadamente ninguno de los casos de la categoría No adecuada, asignando la mayor parte a la categoría inmediatamente superior (66,7%;  $n = 10$ ). Del mismo modo, la mayor parte de los casos en la categoría Adecuada fueron asignados a la categoría inmediatamente superior (76,5%;  $n = 26$ ) y solo el 23,5% ( $n = 8$ ) fueron predichos en la categoría original. Por otra parte, el 80,4% ( $n = 90$ ) de los casos de la categoría Excelente fueron predichos adecuadamente.

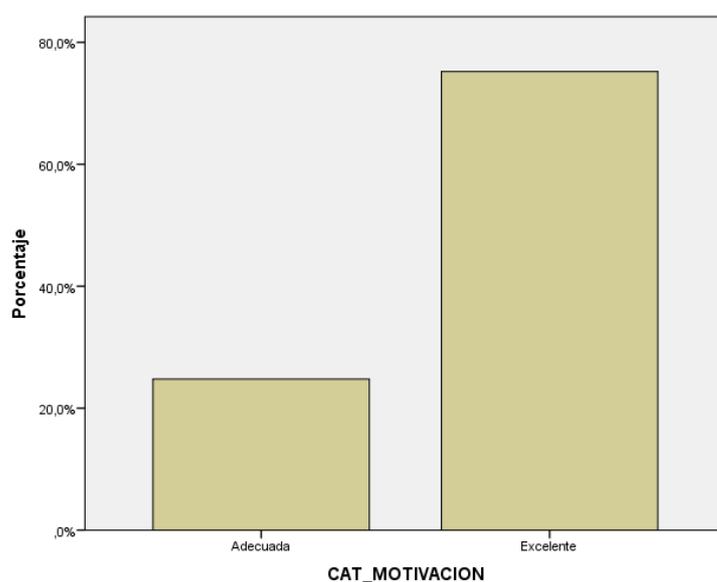
Tabla 99: Tabla de contingencias Categorías dimensión Implicación y categorías pronosticadas

Categorías según cuestionario	Categoría pronosticada		Total
	Adecuada	Excelente	
<b>No adecuada</b>	10 (66,7%)	5 (33,3%)	15 (100,0%)
<b>Adecuada</b>	8 (23,5%)	26 (76,5%)	34 (100,0%)
<b>Excelente</b>	4 (6,3%)	59 (93,7%)	63 (100,0%)
<b>Total</b>	22 (19,6%)	90 (80,4%)	112 (100,0%)

#### 4.7.4.3. RLO de la dimensión Motivación.

La categoría más frecuente fue Excelente en el 75,2% de los casos (n=88), seguida de la categoría Adecuada en el 24,8% de los casos (n=29). No hubo ningún caso en la categoría No adecuada (Figura 3).

Figura 3. Distribución en las categorías de la Dimensión Motivación



Se realizó una primera RLO incluyendo todas las variables sociodemográficas del estudio. La prueba de líneas paralelas no confirmó que las estimaciones fuesen las mismas para todas las variables de la categoría dependiente ( $p < 0,001$ ) (TABLA 100). Las variables cuyas categorías mostraron significación estadística para ser incluidas en la RLO según el estadístico z de Wald fueron Edad, Entono laboral, Tutela estudiantes en los últimos 5 años y Enfermera de referencia ( $p < 0,05$ ).

Tabla 100. Estadísticos z de Wald para la Dimensión Motivación

	Estimación	Wald	Sig.	IC95%	
				Inferior	Superior
<b>Edad</b>					
Menos de 30	0,439	0	1	-7657,202	7658,08
31-40	-16,981	369,672	< ,001	-18,712	-15,25
41-50	-18,089	729,087	< ,001	-19,402	-16,776
51-60	-18,33	.	.	-18,33	-18,33
Más de 60	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel académico</b>					
Enfermera	-0,108	0,015	0,902	-1,828	1,612
Máster	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado oficiales</b>					
Ninguno	-0,486	0,478	0,489	-1,862	0,891
De 1 a 3	-1,075	3,05	0,081	-2,282	0,132
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado no oficiales</b>					
Ninguno	-0,192	0,099	0,753	-1,384	1
De 1 a 3	0,159	0,072	0,789	-1,007	1,325
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Comunicaciones en congresos los últimos 5 años</b>					
Ninguno	0,114	0,006	0,94	-2,868	3,096
De 1 a 3	0,453	0,097	0,756	-2,403	3,31
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel de inglés</b>					
Ninguno	-0,002	0	0,998	-1,626	1,621
A1-B1	0,396	0,276	0,599	-1,082	1,874
B2 o superior	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Tipo de contrato</b>					
Interino	-0,173	0,051	0,821	-1,673	1,327
Fijo	0,18	0,043	0,835	-1,509	1,868
Otro	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Entorno laboral</b>					
At. Primaria	-17,368	570,382	< ,001	-18,794	-15,943
At. Especializada	-17,286	.	.	-17,286	-17,286
Otros	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>¿Has tutelado estudiantes los últimos 5 años?</b>					
Sí	1,209	4,681	<b>0,030</b>	0,114	2,303
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Enfermero de Referencia</b>					
Sí	1,485	8,155	<b>0,004</b>	0,466	2,504
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.

Función de vínculo: Log-log complementaria.

<sup>a</sup> Este parámetro se establece en cero porque es redundante

Se realizó una nueva RLO incluyendo las variables Edad, Entono laboral, Tutela estudiantes en los últimos 5 años y Enfermera de referencia (TABLA 101). El estadístico G confirmó un buen ajuste del modelo (chi cuadrado= 27,115; p=0,001), y el hi cuadrado de Pearson (chi=12,51; p=0,82) y el chi cuadrado en base a la desviación (chi= 15,702;

$p=0,613$ ) confirmaron el bondad del ajuste, con un pseudo- $R^2$  de Nagelkerke de 0,322 puntos.

**Tabla 101. Resultado de la RLO de la dimensión Motivación**

	Estimación	Wald	Sig.	IC95%	
				Inferior	Superior
Estimaciones de la categorías					
Adecuada	-33,872	3407,129	0,000	-35,009	-32,735
Edad					
Menos de 30	0,582	0,000	1,000	-7348,018	7349,181
31-40	-16,557	796,023	< 0,001	-17,707	-15,407
41-50	-17,455	1149,239	< 0,001	-18,465	-16,446
51-60	-17,556	.	.	-17,556	-17,556
Más de 60	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
Entorno laboral					
At. Primaria	-16,801	651,188	< 0,001	-18,091	-15,510
At. Especializada	-17,088	.	.	-17,088	-17,088
Otros	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
¿Has tutelado estudiantes los últimos 5 años?					
Sí	0,901	4,479	0,034	0,067	1,736
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
Enfermero de Referencia					
Sí	1,102	7,267	0,007	0,301	1,903
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.

**Función de vínculo: Log-log complementaria.**

<sup>a</sup> Este parámetro se establece en cero porque es redundante

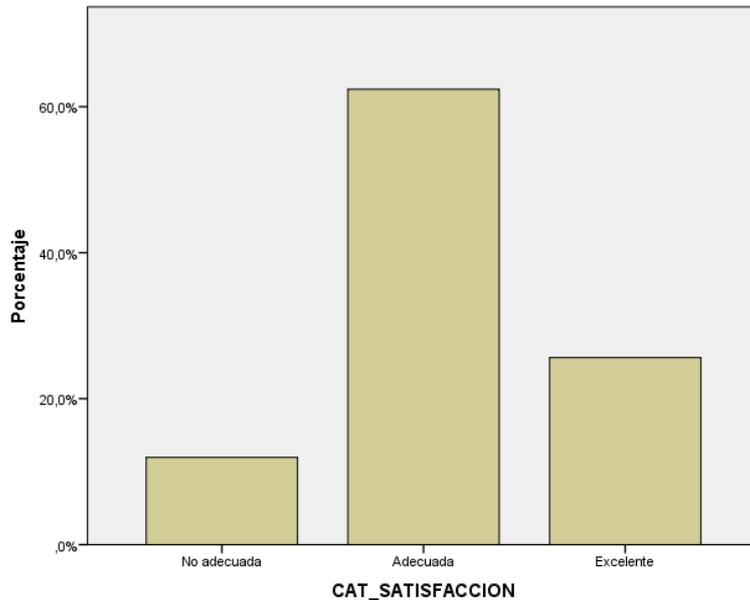
Por otra parte, la prueba de líneas paralelas no confirmo que las estimaciones fuesen las mismas para todas las categorías de la dimensión Motivación ( $p<0,001$ ), por lo que se realizaron nuevas RLO eliminando una a una las variables independientes que habían mostrado significación estadística en la primera RLO, aunque la prueba de líneas paralelas no confirmó en ningún caso que las estimaciones de las categorías de la dimensión Motivación fuesen las mismas para todas las categorías de respuesta de las variables independientes (Anexo 5). Debido a la falta de fiabilidad del modelo, no se almacenaron las categorías pronosticadas ni se calcularon los índices de concordancia de la RLO.

## Resultados

### 4.7.4.4. RLO de la dimensión Satisfacción.

La categoría más frecuente fue Adecuada en el 62,4% de los casos (n=73), seguida de la categoría Excelente en el 25,6% de los casos (n=30) y el 12% (n=14) de los casos en la categoría No adecuada (Figura 4).

Figura 4. Distribución en las categorías de la Dimensión Satisfacción



Se realizó una primera RLO incluyendo todas las variables sociodemográficas del estudio. La prueba de líneas paralelas no confirmó que las estimaciones de las categorías de la variable dependiente fuesen las mismas para todas las categorías de las variables independientes ( $p=0,097$ ) (TABLA 102). Las variables cuyas categorías mostraron significación estadística para ser incluidas en la RLO según el estadístico  $z$  de Wald fueron Nivel de inglés y Enfermera de referencia ( $p<0,05$ ).

Se realizó una nueva RLO incluyendo las variables Nivel de inglés y Enfermera de referencia (TABLA 103). El estadístico G confirmó un buen ajuste del modelo (chi cuadrado= 19,994;  $p<0,001$ ), y el hi cuadrado de Pearson (chi=4,306;  $p=0,744$ ) y el chi cuadrado en base a la desviación (chi= 4,459;  $p=0,726$ ) confirmaron el bondad del ajuste, con un pseudo- $R^2$  de Nagelkerke de 0,188 puntos. La prueba de líneas paralelas confirmó que los coeficientes  $\beta$  (estimaciones) fueron los mismos para todas las categorías de la variable independiente (chi cuadrado= 3;593  $p=0,309$ ).

Tabla 102. Estadísticos z de Wald para la Dimensión Satisfacción

	Estimación	Wald	Sig.	IC95%	
				Inferior	Superior
<b>Edad</b>					
Menos de 30	1,109	0,731	0,393	-1,433	3,651
31-40	0,354	0,097	0,756	-1,874	2,582
41-50	-0,049	0,002	0,964	-2,206	2,107
51-60	0,164	0,022	0,882	-2,003	2,331
Más de 60	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel académico</b>					
Enfermera	-0,516	1,064	0,302	-1,498	0,465
Máster	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado oficiales</b>					
Ninguno	-0,318	0,695	0,405	-1,066	0,43
De 1 a 3	-0,191	0,302	0,583	-0,871	0,489
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado no oficiales</b>					
Ninguno	0,732	3,805	0,051	-0,004	1,467
De 1 a 3	0,158	0,214	0,643	-0,51	0,825
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Comunicaciones en congresos los últimos 5 años</b>					
Ninguno	-0,031	0,002	0,968	-1,516	1,455
De 1 a 3	-0,192	0,061	0,805	-1,717	1,333
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel de inglés</b>					
Ninguno	0,534	1,116	0,291	-0,456	1,524
A1-B1	1,012	5,124	0,024	0,136	1,888
B2 o superior	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Tipo de contrato</b>					
Interino	-0,066	0,024	0,877	-0,897	0,765
Fijo	-0,04	0,006	0,936	-1,018	0,938
Otro	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Entorno laboral</b>					
At. Primaria	0,233	0,163	0,687	-0,901	1,368
At. Especializada	-0,045	0,009	0,926	-0,998	0,907
Otros	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>¿Has tutelado estudiantes los últimos 5 años?</b>					
Sí	0,349	0,997	0,318	-0,336	1,035
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Enfermero de Referencia</b>					
Sí	1,440	13,109	< 0,001	0,660	2,219
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.

Función de vínculo: Log-log complementaria.

<sup>a</sup> Este parámetro se establece en cero porque es redundante

## Resultados

**Tabla 103. Resultado de la RLO de la dimensión Satisfacción**

	Estimación	Wald	Sig.	IC95%	
				Inferior	Superior
<b>Estimaciones de la categorías</b>					
No adecuada	-0,586	1,735	0,188	-1,458	0,286
Adecuada	2,011	19,919	< ,001	1,128	2,894
<b>Nivel de inglés</b>					
Ninguno	,531	1,755	0,185	-0,255	1,316
A1-B1	,953	6,348	0,012	0,212	1,694
B2 o superior	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Enfermero de Referencia</b>					
Sí	1,181	15,199	< 0,001	0,587	1,775
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.

Función de vínculo: Log-log complementaria.  
<sup>a</sup> Este parámetro se establece en cero porque es redundante

La Tabla 103 muestra la distribución de frecuencias de las categorías originales del cuestionario y las categorías pronosticadas según la RLO. De acuerdo con los resultados del índice de concordancia, el modelo predijo correctamente las categorías en el 62,2% (n=73) de los casos, aunque se observa que el modelo clasificó todos los casos en la categoría Adecuada .

**Tabla 104. Tabla de contingencias Categorías dimensión Satisfacción y categorías pronosticadas**

Categorías Satisfacción	Categorías pronosticadas	Total
	<b>Adecuada</b>	
<b>No adecuada</b>	14 (100%)	14 (100%)
<b>Adecuada</b>	73 (100%)	73 (100%)
<b>Excelente</b>	30 (100%)	30 (100%)
<b>Total</b>	117 (100%)	117 (100%)

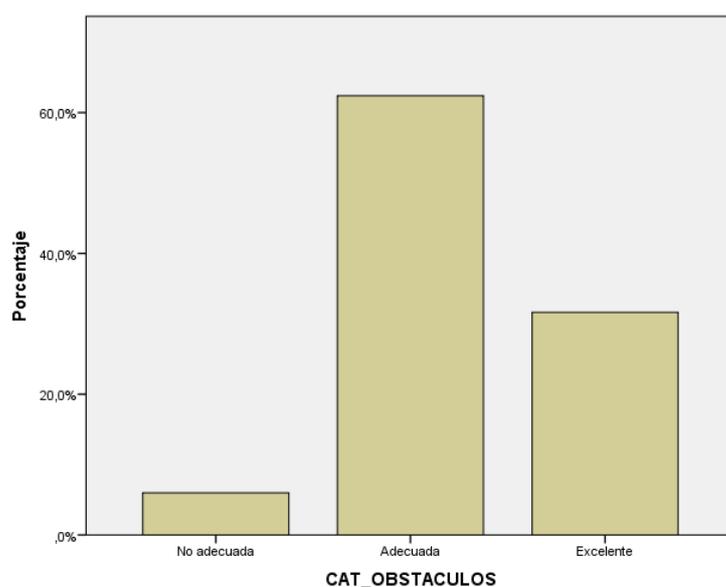
### 4.7.4.5. RLO de la dimensión Obstáculos.

La categoría más frecuente fue Adecuada en el 62,4% de los casos (n=73), seguida de la categoría Excelente en el 31,6% de los casos (n=37) y el 6% (n=7) de los casos en la categoría No adecuada (Figura 5).

Se realizó una primera RLO incluyendo todas las variables sociodemográficas del estudio. La prueba de líneas paralelas no confirmó que las estimaciones fuesen las mismas para todas las variables de la categoría dependiente (p=0,097) (TABLA 105). Las variables cuyas categorías mostraron significación estadística para ser incluidas en la RLO según el estadístico z de Wald fueron Edad, Comunicaciones en congresos, tipo de contrato y Enfermera de referencia (p<0,05).



Figura 5. Distribución en las categorías de la Dimensión Obstáculos



Se realizó una nueva RLO incluyendo las variables Edad, Comunicaciones en congresos, tipo de contrato y Enfermera de referencia (TABLA 106). El estadístico G confirmó un buen ajuste del modelo ( $\chi^2 = 43,259$ ;  $p < 0,001$ ). El  $\chi^2$  de Pearson ( $\chi^2 = 49,374$ ;  $p = 0,857$ ) y el  $\chi^2$  en base a la desviación ( $\chi^2 = 39,46$ ;  $p = 0,985$ ) confirmaron la bondad del ajuste, con un pseudo- $R^2$  de Nagelkerke de 0,398 puntos. La prueba de líneas paralelas confirmó que las estimaciones fueron las mismas para todas las categorías de la variable independiente ( $\chi^2 = 14,374$ ;  $p = 0,11$ ).

La Tabla 107 muestra la distribución de frecuencias de las categorías originales del cuestionario y las categorías pronosticadas según la RLO. De acuerdo con los resultados del índice de concordancia, el modelo predijo correctamente las categorías en el 68,47% ( $n = 76$ ) de los casos. Por otra parte, se observa que solo clasificó adecuadamente 1 caso (14,3%) de los 7 casos originales en la categoría No adecuada. El porcentaje de acierto en la categoría Adecuada fue del 82,6% ( $n = 57$ ); el resto de casos ( $n = 12$ ) se clasificaron en la categoría Excelente. Por último, los 35 casos de la categoría Excelente fueron clasificados por el modelo en la misma categoría y en la categoría Adecuada con valores cercanos al 50%.

Tabla 105. Estadísticos z de Wald para la Dimensión Obstáculos

	Estimación	Wald	Sig.	IC95%	
				Inferior	Superior
<b>Edad</b>					
Menos de 30	4,613	9,956	<b>0,002</b>	1,748	7,479
31-40	3,750	8,656	<b>0,003</b>	1,252	6,249
41-50	2,433	4,133	<b>0,042</b>	0,088	4,779
51-60	3,367	7,511	<b>0,006</b>	0,959	5,775
Más de 60	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel académico</b>					
Enfermera	,671	1,495	0,221	-0,405	1,747
Máster	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado oficiales</b>					
Ninguno	-,005	0,000	0,990	-0,799	0,789
De 1 a 3	-,136	0,140	0,708	-0,849	0,576
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado no oficiales</b>					
Ninguno	0,123	0,101	0,751	-0,635	0,881
De 1 a 3	0,174	0,217	0,641	-0,558	0,905
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Comunicaciones en congresos los últimos 5 años</b>					
Ninguno	-2,202	3,616	<b>0,057</b>	-4,471	0,068
De 1 a 3	-2,850	5,673	<b>0,017</b>	-5,195	-0,505
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel de inglés</b>					
Ninguno	-0,644	1,46	0,227	-1,69	0,401
A1-B1	-0,091	0,041	0,839	-0,963	0,782
B2 o superior	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Tipo de contrato</b>					
Interino	1,032	4,693	0,03	0,098	1,966
Fijo	0,98	3,088	0,079	-0,113	2,073
Otro	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Entorno laboral</b>					
At. Primaria	0,174	0,074	0,786	-1,083	1,432
At. Especializada	-0,378	0,488	0,485	-1,438	0,683
Otros	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>¿Has tutelado estudiantes los últimos 5 años?</b>					
Sí	0,069	0,034	0,854	-0,661	0,798
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Enfermero de Referencia</b>					
Sí	1,087	6,328	<b>0,012</b>	0,240	1,934
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.

Función de vínculo: Log-log complementaria.

<sup>a</sup> Este parámetro se establece en cero porque es redundante

Tabla 106. Resultado de la RLO de la dimensión Obstáculos

	Estimación	Wald	Sig.	IC95%	
				Inferior	Superior
<b>Estimaciones de la categorías</b>					
No adecuada	-0,887	0,325	0,569	-3,934	2,161
Adecuada	2,652	2,633	0,105	-0,552	5,856
<b>Edad</b>					
Menos de 30	4,503	10,812	0,001	1,819	7,187
31-40	3,852	10,502	0,001	1,522	6,182
41-50	2,308	4,324	0,038	0,133	4,483
51-60	3,060	7,220	0,007	0,828	5,291
Más de 60	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Comunicaciones en congresos los últimos 5 años</b>					
Ninguno	-2,371	5,147	0,023	-4,420	-0,323
De 1 a 3	-2,869	7,111	0,008	-4,978	-0,760
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Tipo de contrato</b>					
Interino	,993	4,875	0,027	0,111	1,874
Fijo	1,165	4,764	0,029	0,119	2,212
Otro	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Enfermero de Referencia</b>					
Sí	1,085	8,582	0,003	0,359	1,811
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.

Función de vínculo: Log-log complementaria.

<sup>a</sup> Este parámetro se establece en cero porque es redundante

Tabla 107. Tabla de contingencias Categorías dimensión Obstáculos y categorías pronosticadas

Categorías Obstáculos	Categoría de respuesta pronosticada			Total
	No adecuada	Adecuada	Excelente	
<b>No adecuada</b>	1 (14,3%)	6 (85,7%)	0	7 (100%)
<b>Adecuada</b>	0	57 (82,6%)	12 (17,4%)	69 (100%)
<b>Excelente</b>	0	17 (48,6%)	18 (51,4%)	35 (100%)
<b>Total</b>	1 (0,9%)	80 (72,1%)	30 (27,0%)	111 (100%)

#### 4.7.4.6. RLO de la dimensión Compromiso.

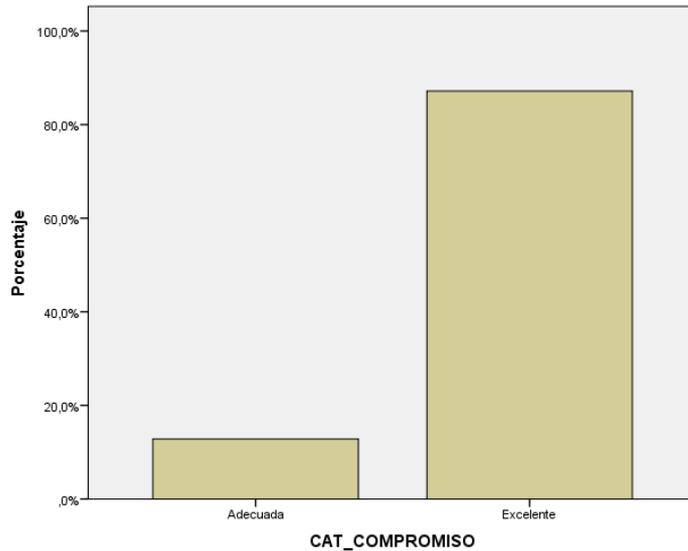
La categoría más frecuente fue Excelente en el 87,2% de los casos (n=102), seguida de la categoría Adecuada en el 12,8% de los casos (n=15) y ningún caso en la categoría No adecuada (Figura 6).

Se realizó una primera RLO incluyendo todas las variables sociodemográficas del estudio. La prueba de líneas paralelas no confirmó que las estimaciones fuesen las

## Resultados

mismas para todas las variables de la categoría dependiente ( $p < 0,001$ ) (TABLA 108). Las variables cuyas categorías mostraron significación estadística para ser incluidas en la RLO según el estadístico z de Wald fueron Entorno laboral y Enfermera de referencia ( $p < 0,05$ ).

Figura 6. Distribución en las categorías de la Dimensión Obstáculos.



Se realizó una nueva RLO incluyendo las variables Entorno laboral y Enfermera de referencia (TABLA 109). El estadístico G confirmó un buen ajuste del modelo ( $\chi^2 = 9,218$ ;  $p = 0,027$ ). El  $\chi^2$  de Pearson ( $\chi^2 = 1,084$ ;  $p = 0,298$ ) y el  $\chi^2$  en base a la desviación ( $\chi^2 = 1,563$ ;  $p = 0,211$ ) confirmaron el bondad del ajuste, con un pseudo- $R^2$  de Nagelkerke de 0,142 puntos.

Por otra parte, la prueba de líneas paralelas no confirmó que las estimaciones fuesen las mismas para todas las categorías de la dimensión Motivación ( $p < 0,001$ ). Debido a la falta de fiabilidad del modelo, no se almacenaron las categorías pronosticadas ni se calcularon los índices de concordancia de la RLO.

Tabla 108. Estadísticos z de Wald para la Dimensión Compromiso

Estimación	Wald	Sig.	IC95%		
			Inferior		Superior
<b>Edad</b>					
Menos de 30	-1,995	0,000	1,000	-17120,089	17116,099
31-40	-20,665	0,000	0,998	-14742,998	14701,668
41-50	-19,604	0,000	0,998	-14741,937	14702,729
51-60	-18,180	0,000	0,998	-14740,513	14704,153
Más de 60	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel académico</b>					
Enfermera	,204	0,015	0,901	-3,025	3,433
Máster	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado oficiales</b>					
Ninguno	-,598	0,403	0,525	-2,443	1,247
De 1 a 3	,384	0,162	0,687	-1,487	2,255
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Cursos de postgrado no oficiales</b>					
Ninguno	,129	0,020	0,887	-1,650	1,907
De 1 a 3	,294	0,086	0,769	-1,669	2,257
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Comunicaciones en congresos los últimos 5 años</b>					
Ninguno	-15,995	0,000	0,997	-8239,554	8207,564
De 1 a 3	-15,324	0,000	0,997	-8238,883	8208,235
4 o más	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Nivel de inglés</b>					
Ninguno	-18,405	0,000	0,995	-5589,774	5552,963
A1-B1	-16,196	0,000	0,995	-5587,565	5555,172
B2 o superior	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Tipo de contrato</b>					
Interino	1,696	3,440	0,064	-0,096	3,488
Fijo	1,229	1,013	0,314	-1,164	3,621
Otro	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Entorno laboral</b>					
At. Primaria	-15,597	224,774	<b>&lt;0,0001</b>	-17,636	-13,558
At. Especializada	-15,179	.	.	-15,179	-15,179
Otros	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>¿Has tutelado estudiantes los últimos 5 años?</b>					
Sí	-,805	0,705	0,401	-2,684	1,075
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Enfermero de Referencia</b>					
Sí	2,161	6,595	<b>0,010</b>	0,512	3,810
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.

Función de vínculo: Log-log complementaria.

<sup>a</sup> Este parámetro se establece en cero porque es redundante

Tabla 109. Resultado de la RLO de la dimensión Compromiso

Estimación	Wald	Sig.	IC95%		
			Inferior	Superior	
<b>Estimaciones de la categorías</b>					
Adecuada	-17,848	2475,231	0,000	-18,552	-17,145
<b>Entorno laboral</b>					
At. Primaria	-16,655	448,225	0,000	-18,197	-15,114
At. Especializada	-16,768	.	.	-16,768	-16,768
Otros	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
<b>Enfermero de Referencia</b>					
Sí	1,247	5,539	0,019	0,208	2,286
No	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.
Función de vínculo: Log-log complementaria.					
<sup>a</sup> Este parámetro se establece en cero porque es redundante					

## **5. DISCUSIÓN.**





El 50% del aprendizaje en la titulación de enfermería es en el ámbito clínico y las enfermeras clínicas que tutorizan estudiantes son una pieza clave en la adquisición de competencias. Es importante conocer su nivel de implicación en la formación y los factores que pueden influir en él (77). En el presente estudio se realiza el diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de implicación de las enfermeras en la tutela de estudiantes. Posteriormente se administra el cuestionario a las enfermeras clínicas de Castellón para conocer su nivel de implicación.

En el siguiente apartado se van a discutir los resultados más destacables de nuestra investigación. Se sigue el orden de los objetivos planteados. En última instancia se comentarán las limitaciones del estudio y de que manera puede afectar a la interpretación de los resultados.

### **5.1. Diseño y validación del cuestionario.**

La necesidad de diseñar una herramienta que no se encontró en la literatura revisada y que permita evaluar la implicación de los profesionales de enfermería en la tutela de estudiantes, impulsan el desarrollo de esta tesis doctoral. Para la creación del cuestionario de evaluación, que responde a la primera fase del estudio, en primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica centrada en recoger aspectos que pudieran estar relacionados con el objeto de estudio, y se desarrollaron una serie de ítems inspirados en los estudios encontrados (73,74,77,87,118,119) que recogían aspectos relevantes relacionados con el aprendizaje clínico, tanto desde la perspectiva del estudiantado (120-122), como desde el punto de vista de los profesionales (64,123,124).

Los ítems elaborados se enviaron a un grupo de 5 expertos para iniciar la validez de contenido. Los resultados de validez de contenido fueron adecuados, considerando que el número de expertos era reducido. Por otra parte, en la literatura no existe consenso en cuanto al número de expertos necesario para estudiar la validez de contenido y su selección puede ser una de las principales debilidades en este tipo de estudios (96), ya que algunos autores indican un rango máximo de 20 expertos sin especificar mínimo, en cambio Hyrkäs et al, (125) indican un máximo de 10, aunque todos concluyen que aunque se obtenga una muy buena evaluación, el análisis de la validez de contenido a través del panel de expertos es un proceso en que siempre puede estar en revisión y mejora. En nuestro caso, consideramos que los criterios de selección fueron exigentes y se aplicaron los puntos de corte del I-CVI y S-CVI recomendados por Polit y Beck para 5 expertos (98,99), aportando consistencia a los resultados obtenidos. Se realizó una

## Discusión

ronda de expertos ya que los resultados obtenidos en el índice de validez de contenido (IVC) eran adecuados, por lo que no se consideró necesario realizar más rondas. Para realizar la validez de contenido hubiera sido suficiente basarse en juicios de diferente procedencia como revisión de la literatura o estudios pilotos entre otros, (89), ya que otros estudios realizados para validación de contenido se basan en índices de acuerdo, pero no realizando una validación de contenido completa (95). En nuestro caso se decidió realizar un cálculo de índice de validez de contenido de la opinión de expertos para obtener mayor validez de los ítems.

La fase piloto se llevó a cabo con un cuestionario en formato papel sobre una población determinada perteneciente a la población objeto de estudio. Se utilizó el formato papel porque al mismo tiempo también se realizó el pretest cognitivo, aunque se considera que el realizar el cuestionario en formato papel no comprometió los resultados, ya que el investigador principal no estaba presente mientras se cumplimentaba el cuestionario, y las preguntas sobre el pretest cognitivo se realizaron a continuación de entregar el cuestionario mediante un sobre cerrado. Durante la fase de pilotaje, se eliminó el ítem *“Tutorizo estudiantes porque trabajo en un hospital universitario”* propuesto por los profesionales de atención primaria ya que consideraron que este ítem no tenía ninguna relación con estos profesionales, su justificación fue que ese ítem iba dirigido a los profesionales que trabajaban en un hospital universitario, y no a los profesionales de atención primaria.

El análisis de la consistencia interna del cuestionario con el Alfa de Cronbach invitó a seguir con el proceso de validación, ya que, todos los resultados obtenidos fueron por encima de 0,7, indicando una consistencia interna buena, incluido el resultado global de cuestionario, con una puntuación de 0,78. Estos resultados indican que los ítems están correlacionados positivamente unos con otros, ya que miden una entidad común, e indican el nivel de relación entre los ítems (113) (114). Solo algún ítem concreto obtenía alguna puntuación menor, pero que también fue considerada como aceptable (104,115).

La estabilidad temporal se realizó con solo 10 sujetos, ya que no se encontró en la literatura un consenso sobre el número de sujetos necesarios para realizar el cálculo de coeficiente de correlación intraclase (126). Otros estudios relacionados con la disciplina realizaron el análisis de la estabilidad temporal si indicar cuantos sujetos utilizaron (95,100). Tras la realización de este cálculo sí que se observó que los ítems mostraban una concordancia superior a 0,8 en las cuatro dimensiones y en el global del cuestionario, indicando una excelente estabilidad temporal en la escala (109) (110).

Se realizó un envío masivo de cuestionarios hasta completar el tamaño muestral necesario para poder continuar con el proceso de validación del cuestionario y determinar la validez de constructo con un análisis factorial exploratorio. La muestra de sujetos utilizados para realizar el análisis factorial fue de 249, cumpliendo los criterios establecidos por Kline (127), que recomienda que la muestra no sea inferior a 100 sujetos, y que se disponga de al menos 5 sujetos por ítem.

Al realizarse el análisis factorial se observó que la mejor opción era forzar una solución factorial de 5 factores, lo que conseguía explicar el 55,404% de la varianza total explicada, maximizando la varianza explicada por los 5 factores. Del mismo modo, en la representación gráfica de autovalores se observó que era razonable realizar una solución factorial de 5 factores, ya que a partir de ese punto la distancia entre factores es excesivamente pequeña y la inclusión de un nuevo factor no tendría sentido.

Posteriormente se optó por realizar una rotación de factores, en busca de una estructura más simple e interpretable; se realizó una rotación varimax para facilitar el análisis. El tipo de rotación varimax es un tipo de rotación ortogonal que junto con la rotación quartimax son los más utilizados. La rotación varimax es el tipo de rotación más utilizada (128) ya que lo que provoca es que los ítems tengan una carga o peso mucho mayor en un factor y mucho menos en los demás factores lo que provoca que la definición de la estructura sea mucho más simple, al mismo tiempo que permite que se interprete con más facilidad. Son diversos los autores que recomiendan este tipo de rotación cuando se trata de construcción de escalas factoriales con constructos bien diferenciados (93,127,129-130).

Tras la realización de las rotaciones se realizó una fase de reflexión con la finalidad de considerar la idoneidad de los ítems. Según explica Morales Vallejo (131), *“para que un ítem se considere que pertenece a un factor, o dicho con más propiedad, que lo define o explica suficientemente, debe tener en él una correlación razonablemente alta (a partir de 0,30) y no tenerlas mayores en otro factor”* también indica que *“Un factor debe estar definido al menos por tres ítems para que merezca la pena tenerlo en cuenta”*. En nuestro estudio, tal como se observa en la tabla 30 (Matriz de componentes rotados en el apartado resultados), todos los ítems que saturan en un factor determinado obtienen puntuaciones superiores a 0,30 además de que todos los factores tienen más de tres ítems.

Se observa que al forzar una solución factorial de 5 factores aparece una nueva dimensión ya que hay ciertos ítems que se relacionan formando esta nueva dimensión.

## Discusión

La nueva dimensión cumple con las recomendaciones de Morales Vallejo (131), ya que cada factor debe de incluir al menos 3 ítems y en este caso está formada por 5 ítems. Tras la reflexión realizada y la aparición de esta nueva dimensión se decide denominarla Compromiso por las características de sus ítems.

No se realizó un análisis confirmatorio ya que el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio son procedimientos diferentes. El análisis factorial exploratorio nos permite generar la hipótesis de establecer en que factor podemos ubicar un ítem concreto. El análisis confirmatorio requiere pruebas complementarias muy afectadas por el número de sujetos por lo que no se suele utilizar como método de elección en la validación, aunque si que se encuentra en la literatura que algunos autores (132) realizan en primer lugar un análisis exploratorio de los ítems y confirman posteriormente la estructura factorial con un análisis factorial confirmatorio. Este último análisis fundamentalmente se utiliza para medir la validez de constructo de un instrumento que no sea de nueva creación y que ya se conozca la estructura factorial obtenida en otras muestras.

Siguiendo con el proceso de validación del cuestionario, se calculó de nuevo la consistencia interna del cuestionario y la estabilidad de la escala. Los resultados de nuevo mostraron una adecuada consistencia interna y estabilidad temporal según la literatura propuesta (110,113).

Durante el análisis de la consistencia interna también se calculó la relación ítem-total del cuestionario, que nos indicó que ítems pueden aumentar la consistencia interna del cuestionario si se retiran. Se observó que el ítem de la dimensión Implicación '*Considero que esta documentación es útil para la realización de las prácticas*' y los ítems de la dimensión Satisfacción '*Siempre se ha hecho de esta forma*' y '*Creo que las prácticas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado*' obtuvieron cargas factoriales, en sus respectivas dimensiones, consideradas insuficiente por otros autores (133), aunque se decidió mantenerlos por su relevancia práctica frente a la relevancia estadística, ya que aportaban información importante para la organización de las prácticas clínicas (134), además los resultados de consistencia interna de la versión definitiva fueron adecuados. El ítem de la dimensión Obstáculos '*Me supone un obstáculo la poca metodología docente que poseo*' mejoraba la consistencia interna si se retiraba el elemento pero el ítem se mantuvo ya que se consideró relevante conocer si las enfermeras clínicas consideran que tienen un nivel adecuado de conocimientos sobre metodología docente.

Es pertinente comentar que los ítems del cuestionario enviado a los profesionales estaban organizados con una escala Likert de 5 puntos en sentido ascendente, pero para el análisis de los datos de la dimensión Obstáculos este cálculo se invirtió, ya que, puntuaciones elevadas al contestar este ítem indicaban una menor implicación ya que percibían más obstáculos en el proceso de tutorización. No se realizó la inversión de la escala Likert en el momento del envío para evitar dificultades en las personas encuestadas, y por otra parte era una forma de detectar los posibles cuestionarios que estaban contestados de forma automática, en los que se detectaría que no tendría sentido obtener puntuaciones elevadas en esta dimensión, ya que, los profesionales que mejores puntuaciones obtenían en el resto de ítems se supone que en Obstáculos debía de ser más baja. Este dato contrasta con otro estudio realizado (135) en el que para evitar el sesgo de respuesta por una mayor tendencia a dar respuestas hacia la izquierda o hacia la derecha y fomentar un equilibrio del cuestionario, se crearon ítems formulados tanto en sentido positivo y en negativo.

Cabe destacar que el proceso de validación de un cuestionario es un proceso vivo y continuo, y que a pesar de las buenas propiedades psicométricas obtenidas se puede seguir trabajando en él, un ejemplo es que el estudio se realizó en el contexto español, limitando su aplicación en el ámbito internacional, siendo necesario desarrollar estudios de adaptación transcultural y validez en otros contextos diferentes al español, por lo que se puede plantear la opción de aplicarlo en otros países y culturas, siempre teniendo en cuenta que no se podría aplicar de forma automática, sino que tendría que adaptarse en función de las diferencias interculturales e idiomáticas, lo que supone no solo realizar una traducción lingüística, sino que hay que garantizar la medición del constructo en otros idiomas y culturas involucradas, como se ha realizado en diferentes investigaciones (136,137).

## **5.2. Discusión resultados de aplicación del cuestionario.**

A continuación se discutirá sobre los resultados obtenidos tras la administración del cuestionario IMSOC validado en la primera parte de la investigación.

Es importante conocer el perfil sociodemográfico de los profesionales que tutorizan estudiantes en la provincia de Castellón al constituir la población diana directa objeto de estudio .

## Discusión

Tras analizar los datos socioeconómicos y profesionales de los encuestados se observó que la edad media fue de 42,56 años. En cuanto al nivel de titulación se observó que la mayoría de la muestra (80%) había obtenido la titulación de DUE. Estos resultados son similares a los obtenidos por Skela-Savic et al (138) y Broadbent et al (139). En cuanto a la formación de postgrado de los encuestados llama la atención la escasa formación de postgrado máster, ya que casi el 70% de los sujetos ha realizado un máximo de 3 cursos de formación continua en los últimos 5 años. El 34,2% afirma haber realizado más de 6 cursos durante los últimos 5 años. Este dato puede estar relacionado con la gratuidad de la formación continua en la Comunidad Valenciana frente al gasto económico mayor que la no oficial. Un estudio realizado por Barberá et al. (140), indica la importancia de completar y actualizar la formación académica de los profesionales enfermeros con el objetivo de poder ofertar cuidados de calidad, ya que en este mismo estudio se observa que la mayor parte de los profesionales de enfermería considera que su formación de postgrado no es adecuada a su puesto de trabajo. También llama la atención el bajo nivel de inglés que tienen los profesionales encuestados, ya que el 71% posee un nivel de inglés inferior al B1. La formación se relaciona con calidad de cuidados en los modelos más avanzados de gestión de hospitales, como en la estrategia “*Magnet Hospital*”, en la que se ha evidenciado que mejores condiciones en la práctica influyen en mejores resultados de salud y calidad de los cuidados de enfermería, ya que uno de los aspectos que se valora es la relación entre la formación del profesional y la calidad de la labor asistencial (141-143).

Los resultados obtenidos en el análisis global de los ítems indican un nivel de implicación global bueno en la formación de enfermeras ya que se obtiene una puntuación media de  $122,838 \pm 18,692$ , teniendo en cuenta que la puntuación máxima posible es 165, ya que el nivel de puntuación obtenido representa el 74,44% de la puntuación máxima. La dimensión que mejor puntuación media obtiene es la dimensión compromiso ya que la media de los profesionales supone el 86,94% de la máxima puntuación posible. La dimensión que menor puntuación global obtiene es la dimensión satisfacción, que solo representa el 64,63% de su rango.

Se observa que las predicciones realizadas en el análisis multivariante del cuestionario y los resultados del análisis bivariante, indican que la variable ser enfermera de referencia coincide en ambos análisis. El análisis multivariante estima diferencias en función de la edad de los encuestados, pero en el análisis bivariante solo detecta diferencias estadísticamente significativas en la dimensión obstáculos.

Se observa que la variable que más influye en la obtención de niveles de implicación mayor en todas las dimensiones del cuestionario es la variable enfermera de referencia, que afecta al global de cuestionario y a 4 de las 5 dimensiones del cuestionario. La única dimensión que parece no estar afectada por la variables ser enfermera de referencia es la dimensión Obstáculos. Las enfermeras de referencia reciben una formación voluntaria de 40 horas sobre el plan de estudio, práctica basada en la evidencia y evaluación de la competencia en el ámbito clínico. Estos resultados confirman lo propuesto por diferentes autores sobre la importancia de la formación del profesional tutor para producir mejoras en el aprendizaje.

Jokelainen et al., (157) en un estudio llevado a cabo con profesionales que tutorizan estudiantes británicos y finlandeses, sugiere que la tutorización estudiantil efectiva en el ámbito clínico solo puede garantizarse mediante la adecuada capacitación de estos profesionales, así como una cultura de positivismo de los profesionales y garantizar la calidad de los mismo. Al mismo tiempo, un estudio realizado en Taiwan (144) indica que disponer de un profesional de prácticas con conocimiento del sistema, puede ayudar a reducir las posibles experiencias de ansiedad desencadenadas por los estudiantes y que si este profesional está implicado puede ayudar a reducir los miedos e incertidumbres de los estudiantes, incluso podrían ayudarles a manejar el estrés ocasionado por las prácticas clínicas. Un estudio realizado en Eslovenia (138) afirma que para obtener mejoras en el proceso de aprendizaje se requiere invertir un mayor tiempo en la formación a los tutores.

El hecho de realizar tutorización de estudiantes en los últimos 5 años también influye en el nivel de implicación global del cuestionario, ya que los profesionales que sí tutorizan estudiantes de forma habitual obtienen mayor puntuación en las dimensiones implicación, motivación y compromiso.

El nivel asistencial también puede influir en la implicación de las enfermeras ya que se observa que, de los ítems de la dimensión Implicación, Motivación, Satisfacción y Compromiso en su relación con las variables sociodemográficas muestran diferencias estadísticamente significativas entre atención primaria y especializada. Se observó que los profesionales más implicados eran los que trabajaban en atención primaria, ya que sus puntuaciones medias fueron superiores a las otorgadas por profesionales de otro entorno laboral. Este aspecto, puede estar relacionado con que durante las prácticas de atención primaria, estudiantes y profesionales tienen un contacto más directo que en los hospitales, debido a que en atención primaria la turnicidad es muy estable frente a la variabilidad que hay en atención especializada . Por otra parte, este dato también

## *Discusión*

puede estar relacionado con que hay estudios que relacionan factores de estrés laboral en profesionales de atención especializada frente a los de atención primaria (144), lo que puede influir en el nivel de implicación con la tutorización de estudiantes. Por otra parte, en todas las dimensiones se observó que los profesionales más implicados en la tutorización de estudiantes fueron los profesionales fijos; esto puede estar relacionado con un puesto de trabajo estable y la antigüedad en el mismo, lo que les proporciona un mejor conocimiento del servicio. En referencia a este aspecto, cabe destacar el estudio realizado por el grupo RN4CAST (145) en el que se confirma que estrategias eficaces en recursos humanos de enfermería pueden mejorar el desempeño de un entorno laboral favorable que puede desencadenar en una menor mortalidad del paciente, disminución del burnout e insatisfacción en el trabajo. En instituciones donde se fomenta este entorno laboral favorable si que se ha observado que los pacientes puede percibir una mayor seguridad (146); estos aspectos también pueden extrapolarse a la tutorización de estudiantes.

En la dimensión Implicación se observa que el ítem que mejor puntuación obtiene es “Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería que se encuentran los estudiantes que tutelo” con una puntuación media de 4,685 sobre 5. Este dato contrasta con un estudio cualitativo realizado por Broadbent et al. (139) llevado a cabo en Nueva Zelanda, donde los profesionales que tutorizaban estudiantes afirmaban necesitar más información antes de que los estudiantes llegaran a los espacios de prácticas, ya que en diversas ocasiones indicaban no saber en qué curso se encontraba el estudiante que llegaba a prácticas. Otros estudios (155) apuntan a la necesidad de establecer una buena relación con el tutor de la universidad y el profesional que tutoriza al estudiante, con la finalidad de maximizar el rendimiento académico del estudiante tanto en la formación teórica desarrollada en la universidad como en la formación de la práctica clínica. Moseley et al. (158) indica que los profesionales que tutorizan estudiantes, deben tener un profundo conocimiento de los planes de estudio de los estudiantes que acuden a realizar las prácticas.

Los ítems que menos puntuación obtienen en esta dimensión son: “Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados”, con una puntuación media de 3,282 y “Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante” con una puntuación media de 3,307. Aunque estos sean los ítems peor evaluados, obtienen una puntuación aceptable. En el estudio realizado por Broadbent et al. (139), también se observó que los profesionales que tutorizaban estudiantes no estaban seguros de rellenar las guías de evaluación de forma correcta, porque no se les había asesorado desde la



universidad. Según estos resultados, es de gran importancia reforzar este concepto previamente al ingreso de los estudiantes en la unidad de prácticas asignada.

El ítem “Cumplimiento las guías de evaluación de los estudiantes”, obtiene una puntuación media de 3,435. Hay que destacar la importancia de una evaluación justa, constructiva y sin influencia de otros factores como la amistad durante las prácticas clínicas (135), (139), (130). La evaluación durante las prácticas clínicas es uno de los principales retos a los que todavía se enfrentan las universidades (146). Donaldson y Gray (148) recomiendan 5 medidas para que la evaluación de las prácticas sea objetivo y evitar un efecto de inflación de las calificaciones: (1) Recoger evidencias sobre las calificaciones; (2) Utilizar criterios de evaluación explícitos; (3) Entrenamiento de los tutores; (4) Contar con tutores que no lleven estudiantes para disminuir el interés personal en los alumnos; (5) Utilizar herramientas complementarias de evaluación. En nuestro caso, las enfermeras de referencia evalúan a los estudiantes con una herramienta consensuada previamente por el profesorado de las asignaturas y las ER, en la “Guía de Evaluación de las Prácticas Clínicas” (77). Estas guías incorporan la verificación y registro de actividades específicas de aprendizaje, definidas para el logro de objetivos y la secuencia de evaluaciones formativas y la evaluación sumativa.

Otro ítem bien evaluado de la dimensión implicación es “Realizo una planificación de las prácticas” ( $m=3,435$ ;  $ds=1,289$ ). La planificación de las prácticas es un punto clave para el éxito del aprendizaje de los estudiantes como señalan diversos autores, Jokelainen (124, 157), o Saarikosky et al (61) que, apuntan a que la preparación y organización de las prácticas para el aprendizaje clínico de los alumnos por adelantado son muy importantes, porque proporciona seguridad a los estudiantes y les garantiza un espacio de prácticas con oportunidades de aprendizaje, disposición de los profesionales y apoyo.

En la dimensión Satisfacción, las principales diferencias con significación estadística también se muestran en relación a los profesionales que son enfermeros de referencia. Llama la atención el ítem “tengo mayor reconocimiento de mis superiores”, que obtiene la puntuación media más baja de los ítems de esta dimensión, de 2,641 sobre 5. Este dato coincide con un estudio cualitativo realizado en Eslovenia, en el año 2014 (138), que afirma que las direcciones de los centros a menudo no logran asumir la responsabilidad por el desarrollo del profesional clínico en la labor de tutorizar estudiantes. Esto puede influir en la implicación de los profesionales que tutorizan estudiantes, ya que la tutela de estudiantes puede ser una carga de trabajo extra, no

## *Discusión*

remunerada en nuestro caso, y la falta de apoyo por parte de los superiores puede condicionar su voluntad de realizar esta función o afectar a su nivel de implicación.

Los ítems “Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica”, “Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos”, “La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria”, “Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas” y “Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad”, responden a la necesidad de que exista un profesor de enlace entre la universidad y los espacios de prácticas, especialmente para guiar en el proceso de evaluación, ya que es en algunas ocasiones es complicado realizar la evaluación para los enfermeros de referencia, sobre todo si la evolución no es todo lo positiva que se esperaba (158). Otros estudios(151) también indican la falta de comunicación con la Universidad y que en muchas ocasiones desde la universidad solo realizaban contacto a través de correo electrónico.

La dimensión Obstáculos no muestra diferencias estadísticamente significativas a nivel global en relación a ser enfermera de referencia, pero si en 5 de los 6 los ítems, de manera que los profesionales que son enfermeros de referencia obtienen puntuaciones mayores, lo que indica que perciben menos obstáculos. Diversos estudios hacen referencia a la falta de tiempo para realizar la función de tutorización (135, 145, 148, 151, 152, 159, 160). También un estudio publicado recientemente (149) indica que el principal papel de los profesionales que tutorizan estudiantes sigue siendo el cuidado de los pacientes, independientemente de la responsabilidad adicional para la enseñanza clínica que implica asumir el papel de tutor de prácticas. En nuestro estudio los ítems “Me supone un obstáculo el tiempo que requieren” y “Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone”, hacen referencia a la inversión de tiempo que supone tutorizar estudiantes. Los ítems “Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca” y “me supone un obstáculos la poca metodología docente que poseo” también son mejor puntuados por los enfermeros de referencia frente a los que no lo son, por lo que no perciben este obstáculo durante la tutorización.

En relación al ítem “es un compromiso moral y ético que es necesario asumir” y “ es un compromiso profesional”, que obtienen puntuaciones elevadas (4,265 y 4,393 respectivamente), cabe destacar que algunos autores consideran que hay que recompensar de alguna manera a estos profesionales que realizan la tarea de tutorizar y evaluar a los estudiantes. No se considera necesario realizar un reconocimiento económico a los tutores a modo de incentivos, pero en Nueva Zelanda (159) sugieren gratificarles a través de una reducción en la carga de trabajo. Otros estudios apoyan

esta iniciativa (150) además de que sugieren otorgar recompensas como “premios a la excelencia de preceptor”, suscripción a revistas o formación continua. En nuestro caso, las Enfermeras de Referencia reciben formación gratuita y disponen de un carnet universitario que les ofrece acceso a los recursos bibliográficos de la universidad y otras ventajas.

Tras contrastar los resultados obtenidos en la provincia de Castellón con otros estudios, es pertinente comentar la importancia de dos conceptos; por un lado la variabilidad encontrada en la terminología para definir a los profesionales que tutorizan estudiantes y por otra parte conocer diversos modelos de tutela utilizados a nivel nacional e internacional.

La tutoría de estudiantes durante las prácticas clínicas ha sido objeto de debate en la literatura de enfermería durante más de 25 años, ya que permite mejorar el aprendizaje en el ámbito clínico. El aprendizaje clínico supone el 50% del plan de estudios de Enfermería, de acuerdo a la directiva comunitaria de profesiones reguladas. A pesar de haber realizado muchos estudios sobre la tutoría, sigue existiendo confusión acerca de la descripción de este concepto en el contexto de los estudiantes de enfermería en la práctica clínica. Es indispensable conocer la literatura existente, debido a que la tutoría es considerada como una estrategia clave para la educación profesional de la salud (151). En tiempos de Florence Nightingale ya se utilizaba el término “preceptor” (152-154), haciendo referencia al profesional que formaba a los estudiantes en la práctica clínica, con un ratio enfermera-estudiante de 1:1.

Son muchos los aspectos que influyen en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Bardallo Porras (118), en la elaboración de su tesis doctoral sobre acción tutorial, indica ciertos aspectos que pueden influir en el proceso de enseñanza aprendizaje: turnicidad, la rotación del personal, carencias de metodología docentes y carga asistencial.

Según se ha descrito en otros estudios realizados por Marja Kaihlanen et al. (66) el papel del tutor en la práctica clínica es una figura esencial, ya que guían en el proceso de aprendizaje clínico y crecimiento profesional, por lo que es indispensable comprender su importancia en el aprendizaje del estudiante.

Los términos más utilizados en la literatura internacional referente a los profesionales que tutorizan estudiantes son “mentor”, “preceptor” y “tutor”, también se han encontrado artículos que hacen referencia al término “facilitador”. De todas maneras, algunos autores consideran que el término también es variable entre culturas, al margen de que sus funciones puedan ser diferentes. De hecho, en la literatura se encuentra que el

## Discusión

término “preceptor” es más utilizado en Irlanda y EEUU, mientras que en Reino Unido se utiliza más el termino de mentor (60,155)

El término “*preceptor*” es definido por Usher et al., (156) como un enfermero clínico de alto nivel con una doble función que incluye la realización de tareas clínicas asistenciales y que al mismo tiempo proporciona orientación, supervisión y guía de un profesional recientemente titulado o de un estudiante. Este autor también afirma que el modelo “*mentor*” es similar al modelo “*preceptor*” pero que implica una relación a largo plazo entre el enfermero clínico y el aprendiz. Por otra parte, un estudio realizado en Bélgica (53) utiliza el término “*tutor*” refiriéndose a un profesional que establece una relación a largo plazo con un aprendiz, con o sin evaluación, en cambio el “preceptor” es el que ofrece por lo general una relación a más corto plazo y podría incluir formas de evaluar. Este mismo estudio también explica la figura del “*mentor*”, haciendo referencia a un profesional enfermero evaluador que requiere una preparación adecuada sobre la educación en enfermería y la evaluación de las habilidades de los estudiantes.

Una revisión sistemática realizada por Jokelainen et al., (157) indica que el término “*mentor*” no se utiliza universalmente en el componente de la práctica clínica de la educación de enfermería, los términos “*supervisor*”, “*preceptor*” o “*facilitador*” son más utilizados. Moseley et al (158)., define al mentor como una persona que ayuda y orienta a un estudiantes durante el aprendizaje y actúa como un modelo a seguir.

Es evidente que para realizar de forma correcta las labores de tutorización los profesionales asistenciales deben recibir algún tipo de formación adicional, a modo de formación continua. De hecho, en algunos estudios se detecta que, los profesionales asistenciales están dispuestos a facilitar el aprendizaje de los estudiantes pero en ocasiones estos profesionales se sienten preocupados por su falta de comprensión en su función educadora (159), por lo que la literatura nos dice que es imprescindible incluir talleres de formación para los profesionales que tutorizan estudiantes, aunque sobre las características de estos profesionales y la formación que deben realizar previamente al inicio del contacto con los estudiantes también existe variabilidad en la literatura.

Es importante investigar de qué manera los profesionales que tutorizan estudiantes están mejor formados y si esto mejora su implicación en la tutorización y el aprendizaje de los estudiantes, ya que diferentes estudios apuntan a que, proporcionar una formación adecuada a estos profesionales y garantizar la calidad de estos profesionales es la clave para realizar la tutoría clínica efectiva (138). Otros autores como Shakespeare y Webb (160,161) indican que la formación de una identidad profesional

en los enfermeros son elementos indispensables para el desarrollo de futuros graduados en enfermería.

Los primeros profesionales en poner en marcha un programa de tutorización en el marco de la unión europea, fueron los enfermeros de Reino Unido (162). En Reino Unido les denominan mentores, y son los responsables de realizar la evaluación final de las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería. Estos programas se vienen realizando desde 1997 a través del "Mentorship Program" (163), por el que cada estudiante realiza las practicas bajo la supervisión de una enfermera clínica, con un ratio 1:1. Estas enfermeras clínicas deben superar un programa de formación específico. Estos programas se desarrollaron para poder evaluar la adquisición de la competencia por parte de los mentores (164). A diferencia de otros muchos países de la Unión Europea, el programa de formación de mentor en Reino Unido es obligatorio, y estos "mentores" se encargan no solo del aprendizaje, sino que también realizan la evaluación del estudiante en el ámbito clínico.

En Finlandia se utiliza un modelo de tutorización en el que los profesionales del ámbito clínico también participan en la evaluación de la competencia, con un ratio enfermera-estudiante de 1:1 (157).

En Bélgica (53), la formación de mentores consiste en un curso intensivo previo al inicio de las prácticas, seguidos unos días de sesiones formativas adicionales mientras que ya está ejerciendo la función de tutorización. Un estudio realizado en Arabia Saudí (123) compara dos modelos de tutela, un modelo A donde el responsable del aprendizaje de los estudiantes en el ámbito clínico es un profesor dependiente de la universidad con una ratio de 4 estudiantes por profesor, donde trabaja casos clínicos de los enfermeros clínicos. El modelo B, que es considerado como el tradicional, donde el profesional de enfermería además de realizar labores de tutorización también desarrolla trabajo asistencial, en este caso el enfermero tiene apoyo de los profesionales explicados en el modelo A, aunque el profesor de la universidad en este caso se responsabiliza de 10-12 estudiantes y no solo 4 como en el modelo anterior. En el estudio realizado se obtuvo un nivel de satisfacción mayor con el modelo A.

En Australia (165), recientemente se han revisado los modelos de tutorización implantados. Existe un modelo en el que un enfermero es financiado por la universidad para supervisar un grupo de estudiantes, generalmente alrededor de 8 estudiantes. A este profesional lo denominan "*The clinical facilitation model*" (Enfermero de facilitación clínica). Concretamente uno de los requisitos de Nueva Zelanda (166), para ser "preceptor" es que se precisa haber realizado un programa de capacitación y acumular

## Discusión

más de 3 años de experiencia como enfermero. Tras la revisión de 5 modelos implantados en Australia, Franklin (167) concluye que los modelos que proporcionan el mejor soporte al aprendizaje en el contexto clínico combinan un ratio de 1:1 y el enlace de un profesorado Universitario.

El estudio realizado por Jokelainen et al. (168), en Finlandia y reino Unido, concluye con la necesidad de desarrollar programas de formación obligatorios y actualizaciones anuales de los profesionales que tutorizan estudiantes en todos los países de la UE.

Otro estudio recientemente realizado (149) hace especial hincapié en la importancia de realizar programas de formación para los profesionales que tutorizan estudiantes, ya que este fenómeno es más imprescindible que la experiencia clínica de los profesionales que realizan esta función. Autores como Hefferman (60) y Jokelainen (124,168) también respaldan los resultados obtenidos en este estudio.

En España los profesionales están acostumbrados al modelo tradicional de prácticas clínicas descrito por la guía del Tutor de Grado en Enfermería de la Agencia Laín Entralgo (83), además de que se han encontrado pocos estudios sobre la estrategia tutorial utilizada en España (169), al margen del programa de formación llevado a cabo en la Universitat Jaume I.

En nuestro estudio, a los profesionales que tutorizan estudiantes y que han realizado el programa de formación, se le denomina "*Enfermeros de referencia*". Los enfermeros de referencia son los responsables de la formación del estudiantado en el ámbito clínico y también realizan la evaluación del estudiantado en base a criterios objetivos.

El modelo implantado en la Universitat Jaume I, parece aproximarse al modelo desarrollado en Australia, ya que, los criterios de selección para ser enfermeros de referencia son: experiencia como enfermero, ratio 1:1 o ratio 1:2 (dependiendo de las características de los espacios de prácticas y del periodo práctico) y la presencia de un profesor universitario de enlace, con la peculiaridad de ser una formación obligatoria para tutorizar estudiantes como ocurre en Reino Unido. Actualmente la Universitat Jaume I cuenta con la figura del Profesor Asociado Asistencial (PAA). Estos profesionales además de su labor asistencial, desarrollan una labor docente dentro de la misma institución que prestan servicios, siendo el nexo de unión entre los centros asistenciales y la Universidad. No disponen de créditos docentes.

Independiente de la denominación que se le otorga a la persona que se responsabiliza de la formación de los estudiantes de enfermería en el ámbito clínico y del modelo educativo utilizado, en diversos estudios se ha encontrado que las actitudes y la

implicación de los profesionales de enfermería en el proceso de tutorización, pueden influir en aprendizaje de los estudiantes. Madhavanpraphakaran et al. (170) indican que el papel del preceptor como instructor clínico es determinante para crear un buen ambiente enseñanza aprendizaje. Por otra parte, en un estudio realizado por Staykova & Huson (171) se observa que durante el periodo de las prácticas, los estudiantes tienen la oportunidad de aprender acerca de la dinámica de la unidad en la que están inmersos, mientras están bajo la supervisión de una enfermera con experiencia. Esto permite conseguir una integración de la teoría y la práctica y garantizar la adquisición de competencias.

### **5.3. Limitaciones del estudio:**

Las limitaciones del estudio se centran, principalmente, el proceso de validación y en las características de la muestra estudiada. Por una parte, no se ha realizado una revisión sistemática ni integradora de la literatura para conocer la existencia de otros cuestionarios o variables que pudieran estar influenciadas en la implicación de los profesionales que tutorizan estudiantes, aunque cabe considerar que la redacción de los ítems del cuestionario se han construido desde la revisión de la literatura.

Puede considerarse una limitación el haber realizado una sola ronda de expertos para determinar la validez de contenido de la herramienta aunque cabe decir que se obtuvieron buenos resultado, tanto en la validez de contenido como en el la consistencia interna y validez de constructo. Además se debe mencionar que en la literatura podemos encontrar otros estudios de validación de herramientas que han utilizado una sola ronda en la fase de validez contenido.

Por otra parte, la selección de las enfermeras que han participado en el estudio se ha realizado mediante un muestreo por conveniencia, pudiendo afectar a los resultados obtenidos. Además, es posible que los profesionales puedan haber decidido no contestar el cuestionario por el hecho de tratarse de un cuestionario on-line Seguramente esto ha limitado la cantidad de respuestas en algunas de las provincias en las que se ha administrado el cuestionario, aunque cabe destacar que se ha alcanzado la cantidad necesaria de respuestas para validar el cuestionario, con una muestra amplia y variada de enfermeras (diferentes provincias, diferentes niveles asistenciales, etc), otorgando solidez a los resultados de la validación del cuestionario IMSOC.

Otro aspecto a considerar está relacionado con el análisis multivariante, ya que la capacidad predictiva de los modelos obtenidos en las regresiones ordinales se ha evaluado en la misma muestra con la que se han desarrollado dichos modelos, siendo recomendable utilizar una muestra diferente para este fin. Por otra parte los resultados del valor predictivo de los modelos obtenidos son limitados, lo que invitan a reflexionar sobre la existencia de otras variables que puedan influir en el nivel de implicación de las enfermeras que tutelan estudiantes, como por ejemplo antigüedad en el puesto de trabajo, el estrés laboral de los profesionales que tutorizan estudiantes o si la formación de estos profesionales se adecua al puesto de trabajo que ocupan.

#### **5.4. Futuras líneas de investigación.**

La validación de herramientas es un proceso continuo y dinámico. Es recomendable avanzar en el proceso de validación del cuestionario IMSOC aplicándolo en muestras más amplias de enfermeras que permitan reforzar sus propiedades psicométricas, por ejemplo a través de un análisis factorial confirmatorio. Otra futura línea de investigación a considerar es la adaptación transcultural del cuestionario IMSOC a otros idiomas diferentes al castellano, permitiendo un estudio del nivel de implicación en contextos diferentes al español.

Se considera pertinente seguir investigando sobre los factores que pueden afectar al nivel de implicación de las enfermeras en la tutela de estudiantes, como por ejemplo el modelo prácticas utilizado o la formación previa y continuada de los tutores. Además parece conveniente estudiar las posibles diferencias entre niveles asistenciales o diferentes servicios hospitalarios.

Por último, es conveniente determinar si el nivel de implicación de los profesionales del ámbito clínico provoca que los estudiantes estén mejor formados, influye en el ambiente de aprendizaje o repercute en una calificación objetiva de los estudiantes.



## **6. CONCLUSIONES.**



1. Se ha validado el cuestionario IMSOC cuestionario para analizar la implicación de las enfermeras clínicas en la formación práctica de estudiantes de grado en enfermería. El cuestionario IMSOC está compuesto por un total de 33 ítems organizados en las dimensiones: Implicación, Motivación, Satisfacción, Obstáculos y Compromiso.
2. El nivel de implicación de las enfermeras que tutorizan estudiantes de Grado en Enfermería de la provincia de Castellón es bueno, obteniendo una puntuación media en el cuestionario IMSOC de 122,838 ( $\pm 18,992$ ) sobre 160 puntos.
3. El cuestionario IMSOC ha demostrado disponer de una buena validez de contenido, evaluada mediante un panel de expertos y el análisis del índice de validez de contenido.
4. El cuestionario ha demostrado tener unas propiedades psicométricas adecuadas, con una fiabilidad test-retest de 0.852, una consistencia interna global de 0.837 lo que permite su validación.
5. La edad media de las enfermeras que tutelan estudiantes en la provincia de Castellón es de 42.56 ( $\pm 8.48$ ), el 95% de los encuestados poseen la titulación de DUE y el 23.1% poseen la titulación B1 de inglés. El 46.2% poseen un contrato laboral fijo y el 73.5% de la muestra procede de la atención especializada. El 76.1% son enfermeras de referencia.
6. Los factores que condicionan el nivel de implicación de las enfermeras que tutelan estudiantes en la provincia de Castellón son: ser enfermera de referencia, tutorizar estudiantes de forma habitual y trabajar en el entorno laboral de la atención primaria.



## **7. ACRÓNIMOS.**



ACP: Análisis de los componentes principales

ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la calidad

APB: Aprendizaje Basado en Problemas.

ATS: Ayudante técnico sanitario.

CCI: Coeficiente de correlación intraclase.

CNCP: Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales

CVI: *Content Validity Index*.

DUE: Diplomado Universitario en Enfermería.

I-CVI: Validez de contenido del ítem.

ECTS: European Credits Transfer System

EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.

EHEA (QF-EHEA):

EIR: Enfermera interna residente

EQF: European Quality Framework

ER: Enfermera de referencia.

EUE: Escuela Universitaria de Enfermería.

FB: Formación básica.

INCUAL: Instituto Nacional de las Cualificaciones

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

LLEU: LLibre electrònic de Universitat

LOU: Ley Orgánica de Universidades

LRU: Ley de Reforma Universitaria.

OB: Obligatoria.

OMS: Organización Mundial de la Salud

## Acrónimos

PC: Práctica clínica.

PBE: Práctica Basada en la Evidencia

RLO: Regresión Logística Ordinal

RD: Real Decreto.

S-CVI: Overall Scale average. Promedio de los índices de Validez de Contenido de cada ítem.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

MECES: Marco español de cualificaciones de la Educación superior

MECU: Marco Español de Cualificaciones a lo largo de la vida

TFG: Trabajo Fin de Grado.

UE: Unión Europea.

UJI: Universitat Jaume I.

UNESCO: Conferencia General de la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura



## **8. INDICE DE TABLAS, ILUSTRACIONES Y FIGURAS.**



**INDICE DE TABLAS:**

Tabla 1. Competencias Genéricas Transversales. Proyecto Tuning. Fuente: Tuning Education Structures in Europe 2003 (26). .....	15
Tabla 2. Perfil de los estudios de Grado en Enfermería según Tuning. Fuente: Tuning 2011. ....	16
Tabla 3. Nivel 1 MECES. Formación Profesional. ....	20
Tabla 4. Nivel 2 MECES. Nivel de Grado. ....	20
Tabla 5. Nivel 3 MECES. Nivel de Master. ....	21
Tabla 6. Nivel 4 MECES. Nivel de Doctor. ....	21
Tabla 7: Distribución créditos en el plan de estudios. UJI 2012. ....	31
Tabla 8. Distribución de enfermeras de referencia UJI. ....	45
Tabla 9. Valores KMO. ....	53
Tabla 10. Tamaño prueba piloto. Fuente: Elaboración propia. ....	60
Tabla 11. Evaluación de I-CVI según los expertos utilizados. ....	72
Tabla 12. Criterio de valoración de Kappa. Fuente: Fleiss 1981. ....	71
Tabla 13. Valor Coeficiente alfa. ....	73
Tabla 14. Valores del coeficiente de correlación intraclase. Fuente: Fleiss 1986. ....	74
Tabla 15. Valor KMO. ....	75
Tabla 16. Rango de puntuaciones del cuestionario. ....	80
Tabla 17: Categorización ordinal del cuestionario y sus dimensiones. ....	82
Tabla 18. Cronograma de la investigación. ....	86
Tabla 19. Overall scale average (S-CVI). ....	89
Tabla 20. Índice de validez de contenido de la dimensión Implicación. ....	90
Tabla 21. Índice de validez de contenido de la dimensión Motivación. ....	90
Tabla 22. Índice de validez de contenido de la dimensión Satisfacción. ....	91
Tabla 23. Índice de validez de contenido de la dimensión Obstáculos. ....	91
Tabla 24. Análisis de la consistencia interna de la prueba piloto. ....	93
Tabla 25. CCI ítems. ....	94
Tabla 26. Cuestionarios obtenidos por provincias. ....	95
Tabla 27. Resultado KMO y prueba de esfericidad de Barlett. ....	96
Tabla 28. Varianza total explicada del cuestionario. ....	97
Tabla 29. Comunalidades. ....	99
Tabla 30. Matriz de componentes rotados. ....	100
Tabla 31. Matriz de componentes rotados II. ....	101
Tabla 32. Dimensiones cuestionario y ítems que lo componen. ....	102
Tabla 33. Nueva distribución de los ítems del cuestionario. ....	102
Tabla 34. Análisis de la consistencia interna de la encuesta a profesionales. ....	104

## Índice de tablas, ilustraciones y figuras

Tabla 35. Relación ítem total del cuestionario.....	104
Tabla 36. Nueva estabilidad temporal del cuestionario. ....	105
Tabla 37. Edad. ....	107
Tabla 38. Nivel de titulación. ....	108
Tabla 39. Formación de postgrado oficial .....	108
Tabla 40. Formación de postgrado no oficial .....	108
Tabla 41. Comunicaciones a congresos. ....	109
Tabla 42. Nivel de inglés.....	109
Tabla 43. Situación laboral.....	109
Tabla 44. Entorno laboral.....	110
Tabla 45. Tutorización de estudiantes en los últimos 5 años. ....	110
Tabla 46. Enfermera de referencia.....	110
Tabla 47. Análisis univariante del global del cuestionario. ....	111
Tabla 48. Dimensión implicación.....	112
Tabla 49. Dimensión motivación. ....	112
Tabla 50. Dimensión satisfacción.....	113
Tabla 51. Dimensión obstáculos*.....	114
Tabla 52. Dimensión compromiso.....	114
Tabla 53. Análisis bivalente de la puntuación global del cuestionario y las variables sociodemográficas.....	115
Tabla 54. Análisis descriptivo de la puntuación global del cuestionario y la variable entorno laboral.....	116
Tabla 55. Análisis descriptivo de la puntuación global del cuestionario y la variable enfermera de referencia.....	116
Tabla 56. Análisis bivalente de la puntuación global la dimensión implicación y las variables sociodemográficas.....	117
Tabla 57. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión implicación y la variable Situación laboral.....	117
Tabla 58. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión implicación y la variable entorno laboral. ....	117
Tabla 59. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión implicación y la variable tutorización de estudiantes.....	117
Tabla 60. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión implicación y la variable enfermera de referencia. ....	117
Tabla 61. Análisis bivalente de los ítems dimensión Implicación y las variables sociodemográficas.....	119

Tabla 62. Análisis descriptivo de los ítems significativos según la variable situación laboral.....	119
Tabla 63. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable entorno laboral.....	120
Tabla 64. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable tutorización de estudiantes en los últimos 5 años. ....	120
Tabla 65. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable Enfermero de referencia. ....	120
Tabla 66. Análisis bivalente de la puntuación global la dimensión Motivación y las variables sociodemográficas.....	121
Tabla 67. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Motivación y la variable tutorización de estudiantes. ....	121
Tabla 68. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Motivación y la variable enfermera de referencia. ....	121
Tabla 69. Análisis bivalente de los ítems dimensión Motivación y las variables sociodemográficas.....	123
Tabla 70. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable entorno laboral.....	124
Tabla 71. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable tutorización de estudiantes en los últimos 5 años. ....	124
Tabla 72. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable Enfermero de referencia. ....	124
Tabla 73. Análisis bivalente de la puntuación global la dimensión satisfacción y las variables sociodemográficas.....	126
Tabla 74. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Satisfacción y la variable enfermera de referencia. ....	126
Tabla 75. Análisis bivalente de los ítems dimensión Satisfacción y las variables sociodemográficas.....	127
Tabla 76. Análisis descriptivo del ítem 18 según la variable edad.....	128
Tabla 77. Análisis descriptivo del ítem 16 según la variable nivel de titulación. ....	128
Tabla 78. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable entorno laboral.....	128
Tabla 79. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable enfermero de referencia.....	128
Tabla 80. Análisis bivalente de la puntuación global la dimensión obstáculos y las variables sociodemográficas.....	129

## Índice de tablas, ilustraciones y figuras

Tabla 81. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión obstáculos y la variable comunicaciones a congresos .....	129
Tabla 82. Análisis bivalente de los ítems dimensión Obstáculos y las variables sociodemográficas.....	131
Tabla 83. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable edad. ....	132
Tabla 84. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable comunicaciones a congresos.....	132
Tabla 85. Análisis descriptivo de los ítems con significación estadística según la variable enfermera de referencia.....	132
Tabla 86. Análisis bivalente de la puntuación global la dimensión compromiso y las variables sociodemográficas.....	133
Tabla 87. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Compromiso y la variable tutorización de estudiantes.....	133
Tabla 88. Análisis descriptivo de la puntuación global de la dimensión Compromiso y la variable enfermera de referencia. ....	133
Tabla 89. Análisis bivalente de los ítems dimensión Compromiso y las variables sociodemográficas.....	135
Tabla 90. Análisis descriptivo del ítem 29 según la variable situación laboral.....	136
Tabla 91. Análisis descriptivo del ítem 30 según la variable entorno laboral.....	136
Tabla 92 Análisis descriptivo del ítem 30 según la variable tutorización de estudiantes. ....	136
Tabla 93. Análisis descriptivo del ítem 30 según la variable Enfermero de referencia. ....	136
Tabla 94. Estadísticos z de Wald para el cuestionario IMSOC.....	138
Tabla 95: Resultado de la RLO para el global del cuestionario IMSOC .....	139
Tabla 96. Tabla de contingencias Categorías cuestionario IMSOC y categorías pronosticadas .....	140
Tabla 97. Estadísticos z de Wald para la Dimensión Implicación.....	141
Tabla 98: Resultado de la RLO de la dimensión Implicación.....	142
Tabla 99: Tabla de contingencias Categorías dimensión Implicación y categorías pronosticadas .....	143
Tabla 100. Estadísticos z de Wald para la Dimensión Motivación.....	144
Tabla 101. Resultado de la RLO de la dimensión Motivación .....	145
Tabla 102. Estadísticos z de Wald para la Dimensión Satisfacción.....	147
Tabla 103. Resultado de la RLO de la dimensión Satisfacción .....	148

Tabla 104. Tabla de contingencias Categorías dimensión Satisfacción y categorías pronosticadas .....	148
Tabla 105. Estadísticos z de Wald para la Dimensión Obstáculos .....	150
Tabla 106. Resultado de la RLO de la dimensión Obstáculos.....	151
Tabla 107. Tabla de contingencias Categorías dimensión Obstáculos y categorías pronosticadas .....	151
Tabla 108. Estadísticos z de Wald para la Dimensión Compromiso.....	153
Tabla 109. Resultado de la RLO de la dimensión Compromiso .....	154

#### **ÍNDICE DE ILUSTRACIONES:**

Ilustración 1. Secuencia de PBE.....	35
Ilustración 2. Secuencia de aprendizaje en el Grado de Enfermería UJI.....	37
Ilustración 3. Evaluación de la asignatura IN1114 Grado en enfermería.....	38
Ilustración 4. Guía de evaluación Práctica clínica.....	40
Ilustración 5. Programa Enfermería de referencia.....	43
Ilustración 6. Distribución de Enfermeras de Referencia por Departamento de Salud.....	46
Ilustración 7. Etapas de validación de un cuestionario.....	48
Ilustración 9. Validez del cuestionario.....	56
Ilustración 11. Fases del estudio.....	67
Ilustración 12. Proceso de validación del cuestionario.....	69
Ilustración 14. Análisis de componentes principales.....	98
Ilustración 15. Modificación del cuestionario durante el proceso de validación.....	105

#### **ÍNDICE DE FIGURAS:**

Figura 1: Distribución en las categorías del cuestionario IMSOC.....	137
Figura 2: Distribución en las categorías de la Dimensión Implicación .....	140
Figura 3. Distribución en las categorías de la Dimensión Motivación .....	143
Figura 4. Distribución en las categorías de la Dimensión Satisfacción.....	146
Figura 5. Distribución en las categorías de la Dimensión Obstáculos .....	149
Figura 6. Distribución en las categorías de la Dimensión Obstáculos.....	152





## **9. BIBLIOGRAFIA.**



1. Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) no 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior. [Acceso el 25/09/2015]. Disponible en URL: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=DOUE-L-2013-82984](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=DOUE-L-2013-82984).
2. Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. Boletín Oficial del Estado, núm 185 (3-08-2011). [Acceso el 28/09/2014] Disponible en la URL: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-13317](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-13317)
3. European Higher Education Area. [sede web]. Bologna 2010 [Acceso el 24/09/2015]. Disponible en URL: <http://www.ehea.info/>
4. Barrios SG, Charro EC. Historia de la enfermería. Universidad de Malaga; 1992. 103 p.
5. Hernandez Conesa J. Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería. McGraw-Hill Interamericana de España; 1995.
6. Martínez Martín ML. 30 years of evolution in the nursing education in Spain. Educ Médica. 2007; 10(2):93–6.
7. Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo E. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. Elsevier 2a ed. Barcelona 2011. 159 p.
8. Siles González J. Historia de la enfermería. Alacant: Aguaclara; 1999. 375 p.
9. Paravic Klijn T. Enfermería y Globalización. Cienc Enferm. 2010;16(1):9–15.
10. Real Decreto del 4 de diciembre de 1953 en el que se unifican los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado.1953.
11. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado núm. 200 1977. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-20006>
12. Orden Ministerial por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado 1977. Disponible en: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-28232](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-28232)
13. Real Decreto 2965/1980, de 12 de diciembre que regula los estudios universitarios específicos de Diplomado en Fisioterapia. Boletín Oficial del Estado 1981.

## Bibliografía

14. Real Decreto 2966/80, de 12 de diciembre de 1980 sobre los estudios de podología. Boletín Oficial del Estado 1981.
15. Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria. Boletín Oficial del Estado, num 209, 1983.
16. Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. Boletín Oficial del Estado, núm. 278, 1990. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-27919>.
17. Directiva 89/595/CEE del Consejo de 10 de octubre de 1989 por la que se modifica la Directiva 77/452/CEE sobre el reconocimiento recíproco de los diplomas, certificados y otros títulos de enfermero responsable de cuidados generales, que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios, así como la Directiva 77/453/CEE sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales. Documento Oficial de la Unión Europea núm. 341. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1989-81276>
18. Declaración de La Sorbona. Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de Educación Superior Europeo (a cargo de los cuatro ministros representantes de Francia, Alemania, Italia y el Reino Unido) 25 de mayo de 1998. [Acceso el 21/02/2014] Disponible en URL:[http://www.eees.es/pdf/Sorbona\\_ES.pdf](http://www.eees.es/pdf/Sorbona_ES.pdf)
19. Declaración de Bolonia. El Espacio Europeo de la Enseñanza Superior Declaración conjunta de los de Ministros Europeos Educación. 19 de Junio de 1999. [Acceso el 21/02/2014] Disponible en URL: [http://www.eees.es/pdf/Bolonia\\_ES.pdf](http://www.eees.es/pdf/Bolonia_ES.pdf)
20. Delors J. La Educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre educación para el siglo XXI. Santillana Ediciones UNESCO. 1997. [Acceso el 21/02/2014] Disponible en URL: [http://www.educa.madrid.org/cms\\_tools/files/6bebccef-888c-4dd6-b8c1-d0f617656af3/La\\_educacion.pdf](http://www.educa.madrid.org/cms_tools/files/6bebccef-888c-4dd6-b8c1-d0f617656af3/La_educacion.pdf)
21. Comunicado de Praga. Comunicado de la Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior. [Internet]. 2001. Disponible en: [http://www.eees.es/pdf/Praga\\_ES.pdf](http://www.eees.es/pdf/Praga_ES.pdf)
22. Declaración de Berlín. Comunicado de la Conferencia de Ministros Europeos

- responsables de la Educación Superior. 19 de Septiembre de 2003 [Acceso el 21/02/2014]. Disponible en URL: [http://www.eees.es/pdf/Berlin\\_ES.pdf22](http://www.eees.es/pdf/Berlin_ES.pdf22).
23. Declaración de Bergen. Comunicado de la Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior. 19-20 de Mayo de 2005 [Acceso el 24/09/2013] Disponible en URL: [http://www.eees.es/pdf/Bergen\\_ES.pdf](http://www.eees.es/pdf/Bergen_ES.pdf)
24. Declaración de Londres. Comunicado de la Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior. 2007. Disponible en: [http://www.eees.es/pdf/London\\_Communique18May2007.pdf](http://www.eees.es/pdf/London_Communique18May2007.pdf)
25. La integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. 2003. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
26. González J., Wagenaar R. Tuning Educational Structures in Europe II. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. [Internet]. 2006. Disponible en: [http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/Tuning\\_2\\_CAST\\_PR2\\_pdf.pdf](http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/Tuning_2_CAST_PR2_pdf.pdf)
27. Tuning Educational Structures in Europe [sede web] [Acceso el 24/09/2013] Home. Disponible en URL: <http://www.unideusto.org/tuningeu/home.html>
28. <http://www.aneca.es/>
29. Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. 2004. [Acceso el 28/03/2014] Disponible en URL: [http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco\\_jun05\\_enfermeria.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf)
30. González J, Wagenaar R. Reference points for the design and delivery of degree programmes in Nursing. 2011. Disponible en: [http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/key\\_documents/tuningnursin\\_gfi\\_nal.pdf](http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/key_documents/tuningnursin_gfi_nal.pdf)
31. Directiva 77/453/CEE, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de junio de 1977, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales. [Acceso 21/03/2014] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1977-80175>.
32. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales [Acceso 21/03/2014] Disponible en URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:es:pdf>
33. Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Boletín

## Bibliografía

- Oficial del Estado, núm. 224 (18-09-2003) [Acceso el 28/09/2013] Disponible en la URL: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-1764334>.
34. Real Decreto 96/2014, de 14 de febrero, por el que se modifican los Reales Decretos 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), y 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado, núm 55. (05-03-2014) [Acceso el 28/09/2013] Disponible en: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-2359](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-2359)
  35. El nuevo.
  36. Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Boletín Oficial del Estado núm. 307 (24/12/2001) [Acceso el 28/09/2013] Disponible en URL: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-24515>
  37. Real Decreto 1267/1994. de 10 de junio. por el que se modifica el Real Decreto 1497/1987. de 27 de noviembre. por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos Reales Decretos que aprueban las directrices generales propias de los mismos. Boletín Oficial del Estado, núm 139 (11-06-1994) [Acceso el 28/09/2013] Disponible en URL: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1994-13272](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1994-13272)
  38. Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. Boletín Oficial del Estado, núm 260 (30-10-2007) [Acceso el 28/04/2014] Disponible en URL: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-1256>
  39. Macia L, Orts Cortés MI, Galiana Sánchez ME, Ors Montenegro A. English: Simultaneous implementation of the Bachelor, Masters and PhD degrees in Nursing br>Español: Implantación simultánea de los niveles Grado, Máster y Doctorado en Enfermería en la Universitat Jaume I. Investig Educ En Enferm. 2013 Jul 24 [Acceso el 11/03/2014];31(2).Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/14121>
  40. Orden CIN 2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero Boletín Oficial del Estado núm. 174 (19/07/2008) [Acceso el 28/09/2013] Disponible en URL: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12388](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12388)
  41. Morales Bueno P, Landa Fitzgerald V. Aprendizaje Basado en Problemas. Theoria. 2004; 13:145–57.
  42. Barrows H.S. A Taxonomy of problem-based learning methods. Med Educ.

- 1986;20:481–6.
43. Dueñas VH. El aprendizaje basado en problemas como enfoque pedagógico en la educación en salud. 2001 [Acceso el 25/09/2015]; Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/8986>
  44. Marcos AP, Quintana CO, Santos AP, González AG, Nardiz MVA, Cosín MTA. Impacto del aprendizaje basado en problemas en la formación práctico clínica de los estudiantes de enfermería. 19. [Acceso el 25/09/2015]; Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/PROYECTO19.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/PROYECTO19.pdf)
  45. Tamayo MDB, Giribet MC. Similitudes entre el proceso de convergencia en el ámbito de la educación superior Europea y la adopción del aprendizaje basado en problemas en la E.U.I. Vall d'Hebron de Barcelona. Rev Interuniv Form Profr. 2004;18(1):97–107.
  46. Branda LA. El aprendizaje basado en problemas en la formación en Ciencias de la Salud. El Aprendizaje Basado en Problemas, una herramienta para toda vida. Agencia Laín Entralgo Madr. 2004.
  47. Molina Ortiz, J.A., Garcia Gonzalez, A., Pedraz Marcos, A., Anton Nardiz, M.V. El aprendizaje basado en problemas: una alternativa al método tradicional. Red Estatal Docencia Univ. 3:79–85.
  48. Koh GC-H, Khoo HE, Wong ML, Koh D. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 2008 Jan 1;178(1):34–41.
  49. Nendaz MR, Tekian A. Assessment in problem-based learning medical schools: A literature review. Teach Learn Med. 1999;11(4):232–43.
  50. Escalante EM. El aprendizaje basado en problemas para la intervención de la Enfermería con la persona adulta mayor. Ensayo. Enferm Actual En Costa Rica. 2011 [Acceso el 25/09/2015];(20). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=44821178008>
  51. Choi E, Lindquist R, Song Y. Effects of problem-based learning vs. traditional lecture on Korean nursing students' critical thinking, problem-solving, and self-directed learning. Nurse Educ Today. 2014 Jan;34(1):52–6.
  52. Paige JB, Smith RO. Nurse faculty experiences in problem-based learning: an interpretive phenomenologic analysis. Nurs Educ Perspect. 2013 Aug;34(4):233–9.
  53. Huybrecht S, Loeckx W, Quaeyhaegens Y, De Tobel D, Mistiaen W. Mentoring in nursing education: perceived characteristics of mentors and the consequences of mentorship. Nurse Educ Today. 2011 Apr;31(3):274–8.

## Bibliografía

54. Sedgwick M, Kellett P, Kalischuck RG. Exploring the acquisition of entry-to-practice competencies by second-degree nursing students during a preceptorship experience. *Nurse Educ Today*. 2014 Mar;34(3):421–7.
55. Norman IJ, Watson R, Murrells T, Calman L, Redfern S. The validity and reliability of methods to assess the competence to practise of pre-registration nursing and midwifery students. *Int J Nurs Stud*. 2002 Feb;39(2):133–45.
56. Heaslip V, Scammell JME. Failing underperforming students: the role of grading in practice assessment. *Nurse Educ Pract*. 2012 Mar;12(2):95–100.
57. Guía del Tutor de Grado de Enfermería. Agencia Laín Entralgo. 3º edición. Madrid. 2009 [Acceso 29/09/2013] Disponible en URL: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGuia+del+tutor2009%2C0.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220499735153&ssbinary=true>
58. Falcó Pegueroles A. La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. *Educ Médica*. 2004 Mar;7(1):42–5.
59. Requirements and standards for nurse registration education programmes, third edition [Internet]. An Bord Altranais; 2005 [Acceso el 25/09/2015]. Disponible en: <http://hse.openrepository.com/hse/handle/10147/91789>
60. Heffernan C, Heffernan E, Brosnan M, Brown G. Evaluating a preceptorship programme in South West Ireland: perceptions of preceptors and undergraduate students. *J Nurs Manag*. 2009 Jul;17(5):539–49.
61. Saarikoski M, Isoaho H, Warne T, Leino-Kilpi H. The nurse teacher in clinical practice: developing the new sub-dimension to the Clinical Learning Environment and Supervision (CLES) Scale. *Int J Nurs Stud*. 2008 Aug;45(8):1233–7.
62. Johansson U-B, Kaila P, Ahlner-Elmqvist M, Leksell J, Isoaho H, Saarikoski M. Clinical learning environment, supervision and nurse teacher evaluation scale: psychometric evaluation of the Swedish version. *J Adv Nurs*. 2010 Sep;66(9):2085–93.
63. Vizcaya Moreno MF, Pérez Cañaveras RM, De Juan J, Saarikoski M. Development and psychometric testing of the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher evaluation scale (CLES+T): the Spanish version. *Int J Nurs Stud*. 2015 Jan;52(1):361–7.
64. Ironside PM, McNelis AM, Ebright P. Clinical education in nursing: Rethinking learning in practice settings. *Nurs Outlook*. 2013 Dec 13;
65. Warne T, Johansson U-B, Papastavrou E, Tichelaar E, Tomietto M, Van den



- Bossche K, et al. An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. *Nurse Educ Today*. 2010 Nov;30(8):809–15.
66. Kaihlanen A-M, Lakanmaa R-L, Salminen L. The transition from nursing student to registered nurse: the mentor's possibilities to act as a supporter. *Nurse Educ Pract*. 2013 Sep;13(5):418–22.
67. Shen J, Spouse J. Learning to nurse in China--structural factors influencing professional development in practice settings: a phenomenological study. *Nurse Educ Pract*. 2007 Sep;7(5):323–31.
68. Papastavrou E, Lambrinou E, Tsangari H, Saarikoski M, Leino-Kilpi H. Student nurses experience of learning in the clinical environment. *Nurse Educ Pract*. 2010 May;10(3):176–82.
69. Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. Boletín Oficial del Estado, núm. 25 (10-02-2011) [Acceso el 29/01/2013] Disponible en URL: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/02/10/pdfs/BOE-A-2011-2541.pdf>
70. Información académica Grado en Enfermería UJI. [Internet]. [Acceso el 25/09/2015]. Disponible en: <http://www.uji.es/CA/infoest/estudis/titols/e@/22892/?pTitulacionId=230&pApartadold=51388>
71. Universidad Jaume I. [Web site]. Castellón de la Plana: Universidad Jaume I. 2012. Información académica Docencia. Grado en Enfermería. [Internet]. Disponible en: <http://www.uji.es/ES/infoest/estudis/postgrau/oficial/e@/22891/?pTitulacionId=230>
72. Mena Tudela D, González Chordá V, Cervera Gasch Á, Salas Medina P, Orts Cortés MI. Integración de la práctica basada en la evidencia de forma transversal, iniciativa pregrado. Integrating evidence-based practice transversely, undergraduate initiative 2014 May [Acceso el 25/09/2015]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/44993>
73. Salas Medina P, Mena Tudela D, Cervera Gasch Á, González Chordá V, Folch Ayora A, Lapeña Moñux Y, et al. Integrating Evidence-Based Practice in the Training Programme Bachelor's Degree in Nursing, University Jaume I. 2014 May [Acceso el 25/09/2015]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/37278>
74. Cervera Gasch A, González-Chordá VM, Mena-Tudela D, Salas-Medina, P,

## Bibliografía

- Maciá-Soler ML, Orts-Cortés MI. Satisfaction of clinical nurses with the formation of a university tutorial program. *Int J Adv Educ Res*. 2014 Diciembre;1(3):119–31.
75. Universitat Jaume I. Memoria de verificación del título Graduado o graduada en Enfermería por la Universitat Jaume I. 2011.
76. Orts Cortés MI, Macia Soler, ML. Guía de prácticas clínicas. Universitat Jaume I- Departamentos de Salud de Castellón. Repositorio Institucional de la Universitat Jaume I. Acceso el 25/09/2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10234/47994>
77. Maciá-Soler ML, González Chordá VM, Salas Medina P, Mena Tudela D, Cervera Gasch Á, Orts Cortés MI. Level of involvement of clinical nurses in the evaluation of competence of nursing students. *Investig Educ En Enferm*. 2014;32(3):461–70.
78. Universia [sede web] [Acceso el 29/09/2013] ¿Qué es una guía docente? [Aproximadamente 2 pantallazos] Disponible en URL: <http://noticias.universia.es/ciencia-nn-tt/reportaje/2010/05/03/647368/1/guia-docente-esqueleto-asignatura/que-es-una-guia-docente.html>
79. Universitat Jaume I. LLEU- LLibre electrònic d'Universitat. Grado en Enfermería. Disponible en: [https://e-ujier.uji.es/pls/www!/gri\\_ass.lleu\\_asignaturas\\_ob\\_g?p\\_titulacion=230](https://e-ujier.uji.es/pls/www!/gri_ass.lleu_asignaturas_ob_g?p_titulacion=230)
80. Orts Cortés MI, Maciá Soler, ML. Guia para la evaluación de las prácticas clínicas. Bloque II: Cuidados básicos de Enfermería. Cuidados en procesos Osteoarticulares. Procesos Digestivos, renales y endocrinos Cuidados en procesos cardiovasculares y respiratorios. Disponible en: [repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/48441/Guia%20de%20pr%C3%ADcticas%20cl%C3%ADnicas.%20procesos%20asistenciales%20repositori.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/48441/Guia%20de%20pr%C3%ADcticas%20cl%C3%ADnicas.%20procesos%20asistenciales%20repositori.pdf?sequence=1)
81. Orts Cortés MI, Maciá Soler, ML. Guia de evaluación de las prácticas clínicas. Bloque Salud y Entorno. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/48474/Bloque+Salud+y+Entorno.doc+repositori.pdf;jsessionid=F5616BD0BAD92BFF6045A8B032C6BC10?sequence=1>
82. Resolución de 8 de julio de 2013, del Rectorado de la Universitat Jaume I de Castelló de la Plana, por la cual se convocan concursos para la provisión de plazas de profesorado asociado con plaza asistencial en los centros sanitarios concertados con la universidad para el curso 2013- 14.
83. Guía del Tutor de Grado de Enfermería. Agencia Laín Entralgo. 3o edición.

- Madrid. 2009 Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGuia+del+tutor2009%2C0.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220499735153&ssbinary=true>
84. Competencias profesionales. Una guía para la formación enfermera. Servicio Vasco de Salud. 2004. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0398.pdf>
85. El Tutor d'infermeria. Perfils, funcions y competències. Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Catalunya. 2003 [Acceso 29/09/2013] Disponible en [URL:http://www.coib.cat/UploadsBO/Normativa/Documents/eltutor.pdf](http://www.coib.cat/UploadsBO/Normativa/Documents/eltutor.pdf)
86. Medina Moya JL. Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva 2010. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/387/2002-4.pdf?sequence=1>
87. Orts Cortés MI, Gonzalez Chorda VM, Salas Medina P, Mena Tudela D, Cervera Gasch A. Preliminary results of an integrated learning approach in students of second year nursing degree. Conference: 8th International Technology, Education and Development Conference, 2014; Valencia.
88. Hagler D, Mays MZ, Stillwell SB, Kastenbaum B, Brooks R, Fineout-Overholt E, et al. Preparing clinical preceptors to support nursing students in evidence-based practice. J Contin Educ Nurs. 2012 Nov;43(11):502–8.
89. Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión. 2004;5(17):23–9.
90. Blanco ÁB, Sanz BU, Vallejo PM. Construcciones de escalas de actitudes tipo likert. 2003 [Acceso el 25/09/2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=298128>
91. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Aten Primaria. 2003;31(8):527–38.
92. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). Aten Primaria. 2003;31(9):592–600.
93. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric Theory. 3rd edition. New York: McGraw-Hill; 1994. 736 p.
94. Moreno ES. Capítulo 6: diseño de cuestionarios. Semergen Rev Esp Med Fam.

## Bibliografía

- 2007;(8):412–6.
95. Ramos Morcillo AJ. Diseño y validación de un instrumento para medir las actitudes en enfermeras y médicos de atención primaria ante las actividades preventivas y de promoción. TDR. 2013 [Acceso el 25/09/2015]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/128503>
  96. Ecozar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en Medición. 2008;6:27-36.
  97. Orts-Cortés MI, Moreno-Casbas T, Squires A, Fuentelsaz-Gallego C, Maciá-Soler L, González-María E, et al. Content validity of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Appl Nurs Res ANR. 2013 Nov;26(4):e5–9.
  98. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health. 2007 Aug;30(4):459–67.
  99. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489–97.
  100. García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validación de cuestionarios. Reumatol Clínica. 2009 Jul;5(4):171–7.
  101. Abellán FC. Clasificación funcional de las ciudades ecuatorianas según el análisis de componentes principales. Univ de Castilla La Mancha; 1995. 712 p.
  102. Investigación científica en ciencias de la salud.
  103. Argimón Pallás JM. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4a ed. Barcelona: Elsevier; 2013. 402 p.
  104. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. BMJ. 1997 Feb 22;314(7080):572.
  105. Fernández-Salazar S, Pancorbo-Hidalgo PL, Ramos-Morcillo AJ. Evaluación de la fiabilidad del Resultado de Enfermería «Conocimiento: recursos sanitarios» en Atención Primaria y Hospitalaria. Enferm Clínica. 2011 Nov;21(6):349–53.
  106. Casanova JP, Mayoral AS. Fiabilidad test-retest e interevaluador del Test Barcelona. Neurol Publ Of Soc Esp Neurol. 2006;21(6):277–81.
  107. Hulley SB. Diseño de la investigación clínica: un enfoque epidemiológico. Barcelona: Doyma; 1993. 264 p.
  108. Schmidt KS, Mattis PJ, Adams J, Nestor P. Test-retest reliability of the dementia rating scale-2: alternate form. Dement Geriatr Cogn Disord.

- 2005;20(1):42–4.
109. Fleiss JL. The design and analysis of clinical experiments. New York [etc.]: John Wiley & Sons; 1986. 432 p.
  110. Landis JR, Koch GG. the measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 33(1):159–74.
  111. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986 Dec;35(6):382–5.
  112. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York [etc.]: John Wiley & Sons; 1981. 321 p.
  113. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951 Sep;16(3):297–334.
  114. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull*. 1955;52(4):281–302.
  115. George, D., Mallety, P. In the Shadow of the Sword: The Battle for Global Empire and the End of the Ancient World. *Contemp Rev*. 2012 Dec;294(1707):507.
  116. Universitat de Girona [sede Web]. Girona: Universitat de Girona, [acceso el 26/06/2014]. L'Anàlisi Factorial [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: [http://www3.udg.edu/dghha/cat/secciogeografia/prac/models/factorial\(3\).htm](http://www3.udg.edu/dghha/cat/secciogeografia/prac/models/factorial(3).htm).
  117. Agresti A. Categorical data analysis. 2nd ed. Hoboken [N.J.]: John Wiley & Sons; 2002. 710 p.
  118. Bardallo Porras L, Rodríguez Higuera E, Chacón Sánchez D. La relación tutorial en el practicum de Enfermería. *REDU Rev Docencia Univ*. 2012 Jan 11;10(extra.):211–28.
  119. Helminen K, Tossavainen K, Turunen H. Assessing clinical practice of student nurses: Views of teachers, mentors and students. *Nurse Educ Today*. 2014 Aug;34(8):1161–6.
  120. Pérez Andrés C, Alameda Cuesta A, Albéniz Lizarraga C. La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales: Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(5):517–30.
  121. López-Medina IM, Sánchez-Criado V. Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enferm Clínica*. 2005;15(6):307–13.
  122. Rodríguez RA, Durán MP, Fernández MM, Antolín TQ. Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Enferm*

## Bibliografía

- Glob [Internet]. 2007 Acceso el 25/09/2015;6(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/view/264>
123. Omer TY, Suliman WA, Thomas L, Joseph J. Perception of nursing students to two models of preceptorship in clinical training. *Nurse Educ Pract*. 2013 May;13(3):155–60.
124. Jokelainen M, Jamookeeah D, Tossavainen K, Turunen H. Building organizational capacity for effective mentorship of pre-registration nursing students during placement learning: Finnish and British mentors' conceptions. *Int J Nurs Pract*. 2011 Oct 1;17(5):509–17.
125. Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud*. 2003 Aug;40(6):619–25.
126. Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. *Med Clínica*. 1998 Feb 7;110(4):142–5.
127. Kline P. *An Easy guide to factor analysis*. 1st published. London: Routledge; 1994. 194 p.
128. Costello AB, Osborne JW. *Exploring best practices in Factor Analysis: Four mistakes applied researchers make*. Chicago, IL; 2003.
129. Reid C, Courtney M, Anderson D, Hurst C. Testing the psychometric properties of the Brisbane Practice Environment Measure using Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis in an Australian registered nurse population. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(1):94–101.
130. Rennie KM. *Exploratory and Confirmatory Rotation Strategies in Exploratory Factor Analysis*. 1997 Jan 24 [Acceso el 25/09/2015]; Disponible en: <http://eric.ed.gov/?id=ED406446>
131. Morales Vallejo P, Urosa Sanz B, Blanco Blanco Á, Urosa Sanz B, Blanco Blanco Á. *Construcción de escalas de actitudes tipo likert: una guía práctica*. Madrid: Editorial La Muralla; 2003. 175 p.
132. Henson RK, Roberts JK. Use of exploratory factor analysis in published research common errors and some comment on improved practice. *Educ Psychol Meas*. 2006;66(3):393–416.
133. Ruzafa Martinez M, Lopez Iborra L, Moreno Casbas T, Madrigal Torres M. Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC Med Educ*. 2013 Feb 7;13(1):19.
134. Morales Vallejo, P. *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación*

- de test, escalas y cuestionarios. Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
135. Campillo Zaragoza B. Creación y validación de cuestionario de sensibilidad moral en los cuidados enfermeros. Estudio de la sensibilidad moral enfermera [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). 2014 [Acceso el 25/09/2015]. Disponible en:<http://www.tesisenred.net/handle/10803/275985>
  136. Cardoso Ribeiro C, Gómez-Conesa A, Hidalgo Montesinos MD. Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia*. 2010 Nov;32(6):264–70.
  137. Maciá Soler L, Moreno Casbas T, Squires AP, Orts Cortés MI. Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo. 2012 [Acceso el 25/09/2015]. Disponible en: URL <http://hdl.handle.net/10045/21852>
  138. Skela-Savič B, Kiger A. Self-assessment of clinical nurse mentors as dimensions of professional development and the capability of developing ethical values at nursing students: A correlational research study. *Nurse Educ Today*. 2015 Oct;35(10):1044–51.
  139. Broadbent M, Moxham L, Sander T, Walker S, Dwyer T. Supporting bachelor of nursing students within the clinical environment: Perspectives of preceptors. *Nurse Educ Pract*. 2014 Aug;14(4):403–9.
  140. Barbera Ortega MC, Cecagno D, Seva Llor AM, Heckler de Siqueira HC, Lopez Montesinos MJ, Macia Soler L. Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace 1. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(3):404–10.
  141. Havens DS, Labov TG, Faura T, Aiken LH. Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enferm Clínica*. 2002;12(1):13–21.
  142. Cremades Puerto J, Macia Soler L, Lopez Montesinos MJ, Orts Cortés I. Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de Enfermería. *Cogitare Enferm*. 2011 Dec 22 [Acceso el 25/09/2015];16(4). Disponible en: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/25430>
  143. Domínguez Sánchez P, Zarate Grajales RA, Serrano Diosdado JJ, Arroyo Merino M. Hospital Magnético, qué es y cómo funciona? *Enferm Univ*. [Acceso el 25/09/2015];7(3). Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25010>
  144. Sun FK, Long A, Tseng YS, Huang HM, You JH, Chiang CY. Undergraduate student nurses' lived experiences of anxiety during their first clinical practicum: A phenomenological study. *Nurse Education Today*. 2015;

## Bibliografía

- Nov. Article in press.
145. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs*. 2011;10:6.
  146. Escobar-Aguilar G, Gómez-García T, Ignacio-García E, Rodríguez-Escobar J, Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enferm Clínica*. 2013 May;23(3):103–13.
  147. Amicucci B. What nurse faculty have to say about clinical grading. *Teach Learn Nurs*. 2012 Apr 1;7(2):51–5.
  148. Donaldson JH, Gray M. Systematic review of grading practice: is there evidence of grade inflation? *Nurse Educ Pract*. 2012 Mar;12(2):101–14.
  149. Dobrowolska B, McGonagle I, Kane R, Jackson CS, Kegl B, Bergin M, et al. Patterns of clinical mentorship in undergraduate nurse education: A comparative case analysis of eleven EU and non-EU countries. *Nurse Educ Today*. 2016 Jan;36:44–52.
  150. Bland M, Oakley D, Earl B, Lichtwark S. Examining the barriers to RN transition for students on competency assessment programmes. *Nurs N Z Wellingt NZ* 1995. 2011 Jun;17(5):18–21.
  151. Bray L, Nettleton P. Assessor or mentor? Role confusion in professional education. *Nurse Educ Today*. 2007 Nov;27(8):848–55.
  152. Cooper Brathwaite A, Lemonde M. Team Preceptorship Model: A Solution for Students' Clinical Experience. *ISRN Nurs [Internet]*. 2011 [Acceso el 25/09/2015];2011. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3169842/>
  153. Donovan J. The concept and role of mentor. *Nurse Educ Today*. 1990 Aug;10(4):294–8.
  154. Myrick F. Preceptorship: a viable alternative clinical teaching strategy? *J Adv Nurs*. 1988 Sep;13(5):588–91.
  155. Omansky GL. Staff nurses' experiences as preceptors and mentors: an integrative review. *J Nurs Manag*. 2010 Sep;18(6):697–703.
  156. Usher K, Nolan C, Reser P, Owens J, Tollefson J. An exploration of the preceptor role: preceptors' perceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. *J Adv Nurs*. 1999 Feb;29(2):506–14.
  157. Jokelainen M, Turunen H, Tossavainen K, Jamookeeah D, Coco K. A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. *J Clin Nurs*. 2011 Oct 1;20(19-20):2854–67.



158. Moseley LG, Davies M. What do mentors find difficult? *J Clin Nurs*. 2008 Jun;17(12):1627–34.
159. Wilson-Barnett J, Butterworth T, White E, Twinn S, Davies S, Riley L. Clinical support and the Project 2000 nursing student: factors influencing this process. *J Adv Nurs*. 1995 Jun;21(6):1152–8.
160. Webb C, Shakespeare P. Judgements about mentoring relationships in nurse education. *Nurse Educ Today*. 2008 Jul;28(5):563–71.
161. Shakespeare P, Webb C. Professional identity as a resource for talk: Exploring the mentor-student relationship. *Nurs Inq*. 2008;15(4):270–9.
162. Nursing & Midwifery Council, 2011. Reino Unido. Disponible en: <http://www.nmc.org.uk>
163. Andrews M, Wallis M. Mentorship in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*. 1999 Jan;29(1):201–7.
164. Clynes MP, Raftery SEC. Feedback: an essential element of student learning in clinical practice. *Nurse Educ Pract*. 2008 Nov;8(6):405–11.
165. Rebeiro G, Edward K-L, Chapman R, Evans A. Interpersonal relationships between registered nurses and student nurses in the clinical setting-A systematic integrative review. *Nurse Educ Today*. 2015 Dec;35(12):1206–11.
166. Nursing Council of New Zealand (2010) International nurse registration. Wellington, Nursing Council of New Zealand.
167. Franklin N. Clinical supervision in undergraduate nursing students: a review of literature. *E-JBEST*. 2013;7(1):34–42.
168. Jokelainen M, Jamookeeah D, Tossavainen K, Turunen H. Finnish and British mentors' conceptions of facilitating nursing students' placement learning and professional development. *Nurse Educ Pract*. 2013 Jan;13(1):61–7.
169. Fernández-Sola C, Granero-Molina J, Márquez-Membrive J, Aguilera-Manrique G. Implantación del nuevo modelo de formación práctico-clínica en Andalucía: Una evaluación cualitativa en las titulaciones de Enfermería y Fisioterapia. *Enfermeria Clin*. 2014 Mar 1;24(2):136–41.
170. Madhavanpraphakaran GK, Shukri RK, Balachandran S. Preceptors' perceptions of clinical nursing education. *J Contin Educ Nurs*. 2014 Jan;45(1):28–34.
171. Staykova MP, Huson C, Pennington D. Empowering nursing preceptors to mentoring undergraduate senior students in acute care settings. *J Prof Nurs*. 2013;29(5):e32–6.
172. Chow SKY, Wong LTW, Chan YK, Chung TY. The impact and importance of clinical learning experience in supporting nursing students in end-of-life care:

## Bibliografía

cluster analysis. *Nurse Educ Pract.* 2014 Sep;14(5):532–7.

## **10. ANEXOS.**



***Anexo 1: Programa de formación de enfermeras de referencia.***



## **Programa de Formación para Enfermería de Referencia en prácticas clínicas.**

### **Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I**

**Fecha:** 2 de Abril de 2014.

**Lugar:** Hospital Comarcal de Vinarós.

#### **Contenidos:**

**✚ 16:00. Bienvenida y presentación.**

Dn. Eladio J. Collado Boira. Vicedecano del Grado de Enfermería.

Dra. María Isabel Orts Cortes. Directora del Departamento de Enfermería.

**✚ 16:15- 16:45. Contextualización de las prácticas clínicas en el Grado.**

Dra. María Isabel Orts Cortes. Directora del Departamento de Enfermería.

- El EEES y los niveles académicos.
- El grado de Enfermería de la UJI.

○

**✚ 16:45-18:30. Método educativo clínico para adquirir las competencias.**

Dra. Azucena Pedraz. Universidad Autónoma de Madrid.

- Concepto de evaluación y de competencia.

**✚ 18:30- 19:00. Pausa café.**

**✚ 19:00- 20:00. Las prácticas clínicas en la titulación de Enfermería.**

Dn. Eladio J. Collado Boira. Vicedecano del Grado de Enfermería

- La integración del sistema sanitario en la formación sanitaria.
- Requisitos legales de las prácticas clínicas externas.
- Figuras implicadas en las prácticas clínicas.
- El enfermero de referencia y la tutorización de las prácticas clínicas.
- Perfil del enfermero de referencia.
- Funciones del enfermero de referencia.
- Prestaciones de la UJI al enfermero de referencia.

**✚ 20:00-20:30 Turno de preguntas.**

# Curso de Formación para Enfermería de Referencia en prácticas clínicas.

## Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I

### Taller de Práctica Basada en la Evidencia (PBE)

**Fecha:** 11 de Abril de 2014.

**Horario:** de 16 a 20.

**Lugar:** Aula de Informática HA0206AI (Edificio Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universitat Jaume I)

#### **Introducción:**

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) propone combinar metodológicamente la experiencia del profesional en salud, las circunstancias del paciente/cliente con los resultados de la investigación más actual de la situación clínica que enfrenta. La ventaja es indiscutible: el profesional puede tomar mejores decisiones. La PBE constituye un proceso dinámico que discurre a lo largo de una serie de fases compuesto por diferentes etapas. Este proceso, se inicia en lo que Melnyk (2009) denomina “*Spirit of inquiry*” entendiéndose este término como la curiosidad del clínico por emplear de una forma continua la mejor evidencia disponible con la que poder tomar las decisiones clínicas y mejorar los resultados de salud del paciente, comunidad.

En la memoria de verificación de la titulación de Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, se establece el objetivo siguiente:

*“Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles”*

Este objetivo viene materializado en las siguientes competencias:

- T01. Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.
- PC Competencia práctica clínica/tutelada: Incorporar en la práctica clínica, en instituciones sanitarias y no sanitarias (acreditadas que se ajusten a la consecución de objetivos de aprendizaje) y en entornos comunitarios, los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico y juicio crítico, integrando los conocimientos, habilidades

y actitudes de la enfermería, basados en principios y valores, asociados a los objetivos generales del título y en las competencias específicas que conforman la materia.

Debido a lo anteriormente expuesto, y con la intención de formar a los alumnos del Grado en Enfermería, futuros profesionales clínicos con capacidad de juicio y pensamiento crítico que basen sus actuaciones en la mejor evidencia disponible, se pretende que los profesionales que tutoricen el aprendizaje de esos futuros profesionales estén trabajando en esa misma línea y teniendo al alcance la mejor información con la última investigación actualizada.

### **Contenidos:**

#### **16:00. Bienvenida y presentación.**

Dra. María Isabel Orts Cortés. Directora del Departamento de Enfermería.  
Dn. Pablo Salas Medina. Profesor Ayudante del Dpto. de Enfermería.  
Dña. Desirée Mena Tudela. Profesora Ayudante del Dpto. de Enfermería.

#### **16:15- 16:45. Introducción a la investigación.**

Dra. María Isabel Orts Cortés. Directora del Dpto. de Enfermería.

Dña. Desirée Mena Tudela. Profesora Ayudante del Dpto. de Enfermería.

- Investigación y práctica en enfermería.
- Determinantes del uso de la investigación.

#### **16:45- 17:45. Introducción a la PBE**

Dra. María Isabel Orts Cortés. Directora del Dpto. de Enfermería.  
Dña. Desirée Mena Tudela. Profesora Ayudante del Dpto. de Enfermería.

- Concepto de PBE.
- Pregunta clínica estructurada.
- Búsqueda de la mejor evidencia.

#### **17:45- 18:00. Pausa café.**

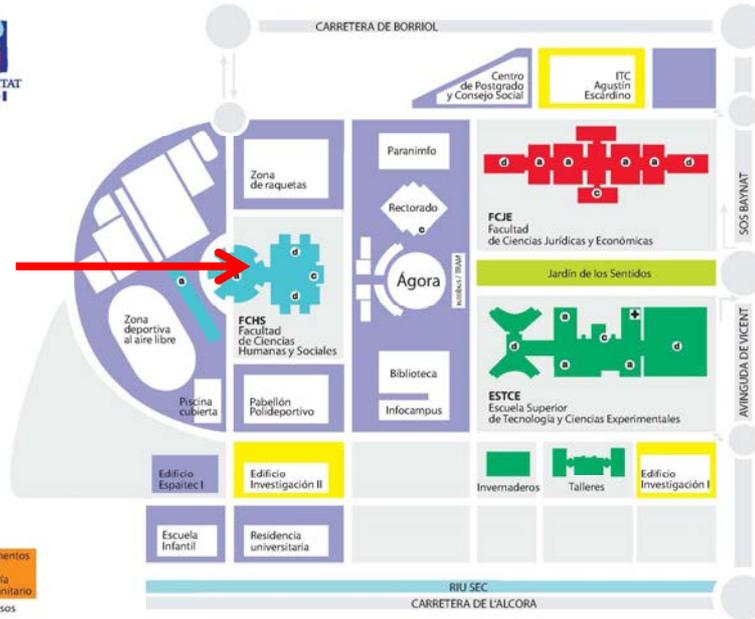
#### **18:00- 20:00. Taller práctico de Búsqueda Bibliográfica sobre PBE.**

Dn. Pablo Salas Medina. Profesor Ayudante del Dpto. de Enfermería.  
Dña. Desirée Mena Tudela. Profesora Ayudante del Dpto. de Enfermería.





Aula ubicada en la segunda planta del edificio que esta enfrente del



***Anexo 2: Documento enviado al panel de expertos para evaluar la validez de contenido del cuestionario.***

El presente cuestionario tiene como objetivo principal, conocer la experiencia de los/as Enfermeros/as clínicas sobre las prácticas de estudiantes de Enfermería.

El cuestionario consta de **tres bloques**:

- Primer bloque: Datos sociodemográficos.
- Segundo bloque: Dimensiones del cuestionario.
- Tercer bloque: Preguntas de respuesta abierta.

Le pedimos su colaboración para establecer la validez de contenido en el segundo bloque. En caso de aceptar, le rogamos siga las siguientes instrucciones:

- Lea cuidadosamente cada ítem de este cuestionario, ya que cada uno representa diferentes dimensiones de estudio.
- Indique si considera usted que el ítem puede formar parte de la dimensión de estudio.
- Señale del 1 al 4 la adecuación del ítem respecto a la dimensión a evaluar, utilizando la siguiente escala:
  - 1: Nada adecuado.
  - 2: Poco adecuado.
  - 3: Adecuado.
  - 4: Muy adecuado.

En el apartado “Observaciones” puede anotar si considera que el ítem debería estar redactado de forma diferente o si quiere realizar alguna aportación. También puede incluir algún ítem que no se encuentre en el cuestionario y cree que puede valorar alguna de la dimensiones.

Para finalizar, le rogamos que en la página 5 de este documento otorgue una nota del 1 al 4 para valorar el instrumento en su totalidad, encontrará un cuadro en el que tiene que poner la nota.

Muchas gracias por su participación en la validez del contenido del cuestionario.

BLOQUE II: IMPLICACIÓN, MOTIVACIÓN, SATISFACCIÓN Y OBSTÁCULOS:

	IMPLICACIÓN.	NIVEL DE ADECUACIÓN	OBSERVACIONES.
1	Conozco en que curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo.		
2	Conozco las competencias que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas.		
3	Conozco la situación académica actual del estudiante al que tutelo.		
4	Conozco los sistemas de evaluación ( guías, portafolios...) de la universidad del estudiante.		
5	Considero que esta documentación es útil para la realización de las prácticas.		
6	Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados (Guías, portafolio...)		
7	Realizo un control de asistencia del estudiante.		
8	Realizo una planificación de prácticas.		
9	Cumplimento las guías de evaluación de los estudiantes en prácticas.		
10	Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función de los enfermeros.		
11	Tutelar estudiantes me ha animado a realizar proyectos de investigación.		
12	Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación.		
13	Creo que es necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas.		
14	Desde la Universidad de origen del estudiante contactan conmigo con frecuencia		
15	Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado universitario y la enfermera clínica.		

	MOTIVACIÓN. Razones por las que tutorizo estudiantes:	NIVEL DE ADECUACIÓN	OBSERVACIONES.
1	Me resulta entretenido.		
2	Puedo aprender habilidades que podría usar en otras áreas de mi vida.		
3	Es lo que debo de hacer para sentirme bien.		
4	Está bien visto de cara al supervisor del servicio.		
5	Me resulta agradable e interesante.		
6	Desde dirección del hospital no los imponen.		
7	Porque trabajo en un hospital universitario.		
8	Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás.		
9	Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir.		
10	Siempre se ha hecho de esta forma.		
11	Me genera interés personal.		

	SATISFACCIÓN CON LA TUTORIZACIÓN	NIVEL DE ADECUACIÓN	OBSERVACIONES.
1	Las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado.		
2	Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos		
3	La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria.		
4	Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales.		
5	Las prácticas realizadas y las competencias establecidas en la titulación están relacionadas.		
6	Grado de satisfacción global con mi participación como tutor de prácticas.		
7	Grado de satisfacción general con la organización de las prácticas clínicas.		
8	Grado de satisfacción global con las prácticas clínicas.		
9	Grado de satisfacción general con el trato que he recibido por parte de los profesores de la universidad.		
10	La relación con el tutor de la Universidad durante el desarrollo de las prácticas ha sido bueno.		
11	Grado de satisfacción con los resultados que obtienen los estudiantes durante las prácticas.		

	OBSTÁCULOS. Al tutorizar estudiantes...	NIVEL DE ADECUACIÓN	OBSERVACIONES.
1	Me supone un obstáculo trabajar a turnos.		
2	Me supone un obstáculo el tiempo que requieren.		
3	Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone.		
4	Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca.		
5	Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo.		
6	Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral.		

## EVALUACIÓN GLOBAL

- 1:Nada adecuado.
- 2: Poco adecuado.
- 3: Adecuado.
- 4: Muy adecuado.

***Anexo 3: Cuestionario para la prueba piloto.***



CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA EXPERIENCIA DE LOS/AS  
ENFERMEROS/AS CLÍNICOS/AS SOBRE LAS PRÁCTICAS DE ESTUDIANTES DE  
GRADO EN ENFERMERÍA.



## INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO:

- El cuestionario que presentamos forma parte de una investigación que tiene como objeto principal, conocer la experiencia de los/as Enfermeros/as clínicos/as sobre las prácticas de estudiantes de Enfermería.
- La colaboración es voluntaria y el anonimato está garantizado por la investigadora.
- Lea detenidamente las instrucciones antes de responder.
- El cuestionario consta de **tres bloques**:
  - o En las preguntas del primer bloque (datos socio-demográficos) :
    - Marque con una cruz la respuesta correcta.
    - Indique con números separados por un guion las respuestas que requieren fecha.
    - Cumplimente con respuesta concreta las preguntas abiertas.
  - o El segundo bloque, que consta de 4 apartados: Implicación, motivación, satisfacción y obstáculos:
    - Indique en qué grado está de acuerdo con cada ítem del siguiente cuestionario. Para ello, tiene que marcar con un X la respuesta que considere se ajusta más a su opinión sobre lo que se le pregunta.
  - o En el tercer bloque: preguntas de respuesta abierta: Le rogamos que, exprese su opinión con la mayor sinceridad.

Por favor, responda a todas las preguntas sin olvidarse de ninguna.

Gracias por su colaboración.

## BLOQUE I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ACADÉMICOS Y PROFESIONALES:

1. SEXO:  Mujer .  Hombre.
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Titulación:  A.T.S.  
 DUE.  
 Graduado.
4. Año de obtención de la titulación. ATS/ DUE /Grado: \_\_\_\_\_
5. Titulaciones universitarias adicionales:  SI \_\_\_\_\_  NO
6. Master oficial  SI  NO
7. Doctorado  SI  NO
8. Formación de posgrado no universitaria:
  - Cursos relacionados con el puesto de trabajo realizados durante los últimos 5 años:
    - Entre 1 y 3
    - Entre 3 y 6
    - Mas de 6
  - Cursos de formación continuada que no guarden relación con el puesto de trabajo en los últimos 5 años.
    - Entre 1 y 3
    - Entre 3 y 6
    - Mas de 6
9. Indique la provincia donde presta sus servicios \_\_\_\_\_
10. Indique su situación laboral:
  - Contratado laboral.
  - Eventual.
  - Interino.
  - Fijo.

11. Indique el entorno laboral donde trabaja actualmente indicando en nombre del centro:

- Atención Primaria. \_\_\_\_\_
- Atención especializada (hospital). \_\_\_\_\_
- Atención socio-sanitaria. \_\_\_\_\_
- Otros ámbitos. \_\_\_\_\_

12. ¿Ha tutorizado estudiantes de enfermería en prácticas durante los últimos 5 años?

- Si                       No

13. ¿De qué universidades?

\_\_\_\_\_

14. ¿Eres enfermera/o de referencia de la UJI?

- Si                       No

## BLOQUE II: IMPLICACIÓN, MOTIVACIÓN, SATISFACCIÓN Y OBSTÁCULOS:

	<b>IMPLICACIÓN.</b>	<b>Totalmente en</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de</b>
1	Conozco en que curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo.	1	2	3	4	5
2	Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas.	1	2	3	4	5
3	Conozco los sistemas de evaluación ( guías, portafolios...) de la universidad del estudiante.	1	2	3	4	5
4	Considero que esta documentación es útil para la realización de las prácticas.	1	2	3	4	5
5	Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados (Guías, portafolio...)	1	2	3	4	5
6	Realizo un control de asistencia del estudiante.	1	2	3	4	5
7	Realizo una planificación de prácticas.	1	2	3	4	5
8	Cumplimento las guías de evaluación de los estudiantes en prácticas.	1	2	3	4	5
9	Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería.	1	2	3	4	5
10	Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación.	1	2	3	4	5
11	Creo que es necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas.	1	2	3	4	5
12	Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado universitario y la enfermera clínica.	1	2	3	4	5

<b>MOTIVACIÓN.</b>		Totalmente en	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni	De acuerdo	Totalmente de
Razones por las que tutorizo estudiantes:						
13	Me resulta agradable e interesante.	1	2	3	4	5
14	Tengo mayor reconocimiento de mis superiores.	1	2	3	4	5
15	Porque trabajo en un hospital universitario o en un centro de salud que depende de un hospital universitario.	1	2	3	4	5
16	Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás.	1	2	3	4	5
17	Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir.	1	2	3	4	5
18	Siempre se ha hecho de esta forma.	1	2	3	4	5
19	Me genera interés personal.	1	2	3	4	5
20	Es un compromiso profesional.					

<b>SATISFACCIÓN CON LA TUTORIZACIÓN</b>		Totalmente en	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni	De acuerdo	Totalmente de
21	Las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado.					
22	Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos	1	2	3	4	5
23	La coordinación existente entre la universidad y el centro de practicas es satisfactoria.	1	2	3	4	5
24	Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales.	1	2	3	4	5
25	Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas.	1	2	3	4	5
26	Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas.	1	2	3	4	5
27	Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad.	1	2	3	4	5
28	Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas.	1	2	3	4	5

<b>OBSTÁCULOS.</b> Al tutorizar estudiantes...		Totalmente en	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni	De acuerdo	Totalmente de
29	Me supone un obstáculo trabajar a turnos.	1	2	3	4	5
30	Me supone un obstáculo el tiempo que requieren.	1	2	3	4	5
31	Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone.	1	2	3	4	5
32	Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca.	1	2	3	4	5
33	Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo.	1	2	3	4	5
34	Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral.	1	2	3	4	5

***Anexo 4: Carta de presentación cuestionario.***





Agueda Cervera Gasch.  
Profesora Grado de enfermería.  
Departamento de enfermería.  
Facultad de ciencias de la Salud.  
Universitat Jaume I, Castellón.  
[cerveraa@uji.es](mailto:cerveraa@uji.es)

Estimados/a compañeros/a:

Estamos realizando una investigación desde la Universitat Jaume I de Castellón, dentro del programa de doctorado “Ciencias de la Enfermería” sobre las características de las enfermeras clínicas que tutorizan las prácticas de los estudiantes de Grado en Enfermería.

El objetivo principal del estudio es conocer la experiencia de los/as Enfermeros/as clínicos/as sobre las prácticas de estudiantes de Enfermería.

En su condición de enfermero/s clínico/a, que tutoriza estudiantes de enfermería, nos sería de mucha utilidad su respuesta a este cuestionario para saber su opinión, siempre de forma anónima y voluntaria.

En el siguiente enlace, podrá encontrar el cuestionario con la instrucciones del mismo:

[https://docs.google.com/forms/d/189aauHfSwlJb4l\\_ap5Glf5lxUA\\_Ltt0OUk0\\_mQe\\_FXBM/viewform](https://docs.google.com/forms/d/189aauHfSwlJb4l_ap5Glf5lxUA_Ltt0OUk0_mQe_FXBM/viewform)

Si necesita cualquier aclaración, no dude en ponerse en contacto con nosotros a través del siguiente correo electrónico: [cerveraa@uji.es](mailto:cerveraa@uji.es)

Muchas gracias por su tiempo, ya que solo serán unos minutos.

Reciba un afectuoso saludo.

Agueda Cervera Gasch.

***Anexo 5: Cuestionario IMSOC.***

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA EXPERIENCIA DE LOS/AS  
ENFERMEROS/AS CLÍNICOS/AS SOBRE LAS PRÁCTICAS DE ESTUDIANTES DE  
GRADO EN ENFERMERÍA.





Agueda Cervera Gasch.  
Profesora Grado de enfermería.  
Departamento de enfermería.  
Facultad de ciencias de la Salud.  
Universitat Jaume I, Castellón.  
[cerveraa@uji.es](mailto:cerveraa@uji.es)

Estimados/a compañeros/a:

Estamos realizando una investigación desde la Universitat Jaume I de Castellón, dentro del programa de doctorado “Ciencias de la Enfermería” sobre las características de las enfermeras clínicas que tutorizan las prácticas de los estudiantes de Grado en Enfermería.

El objetivo principal del estudio es conocer la experiencia de los/as Enfermeros/as clínicos/as sobre las prácticas de estudiantes de Enfermería.

En su condición de enfermero/s clínico/a, que tutoriza estudiantes de enfermería, nos sería de mucha utilidad su respuesta a este cuestionario para saber su opinión, siempre de forma anónima y voluntaria.

En las siguientes páginas encontrará las preguntas del cuestionario.

Si necesita cualquier aclaración, no dude en ponerse en contacto con nosotros a través del siguiente correo electrónico: [cerveraa@uji.es](mailto:cerveraa@uji.es)

Muchas gracias por su tiempo, ya que solo serán unos minutos.

Reciba un afectuoso saludo.

Agueda Cervera Gasch.

## BLOQUE I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ACADÉMICOS Y PROFESIONALES:

15. SEXO:  Mujer .  Hombre.

16. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

17. Titulación:  A.T.S.  
 DUE.  
 Graduado.  
 Master  
 Doctorado  
 Otro \_\_\_\_\_

18. Año de obtención de la titulación. ATS/ DUE /Grado: \_\_\_\_\_

19. Titulaciones universitarias adicionales:  SI \_\_\_\_\_  NO

20. Master oficial  SI  NO

21. Doctorado  SI  NO

22. Formación de posgrado no universitaria:

➤ Cursos relacionados con el puesto de trabajo realizados durante los últimos 5 años:

- Ninguno
- Entre 1 y 3
- Entre 3 y 6
- Mas de 6

➤ Cursos de formación continuada que no guarden relación con el puesto de trabajo en los últimos 5 años.

- Ninguno
- Entre 1 y 3
- Entre 3 y 6
- Mas de 6

➤ Congresos realizados en los últimos 5 años.

- Ninguno
- Entre 1 y 3
- Entre 3 y 6
- Mas de 6

23. Indique la provincia donde presta sus servicios \_\_\_\_\_

24. Indique su situación laboral:

- Contratado laboral.
- Eventual.
- Interino.
- Fijo.

25. Indique el entorno laboral donde trabaja actualmente indicando en nombre del centro:

- Atención Primaria. \_\_\_\_\_
- Atención especializada (hospital). \_\_\_\_\_
- Atención socio-sanitaria. \_\_\_\_\_
- Otros ámbitos. \_\_\_\_\_

26. ¿Ha tutorizado estudiantes de enfermería en prácticas durante los últimos 5 años?

- Si                       No

27. ¿Cuál es su vinculación con la universidad?

\_\_\_\_\_

28. ¿Es Enfermera de Referencia?

\_\_\_\_\_

## BLOQUE II: IMPLICACIÓN, MOTIVACIÓN, SATISFACCIÓN, OBSTÁCULOS Y COMPROMISO:

IMPLICACION		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Conozco el curso de la titulación de Grado en Enfermería se encuentran los estudiantes que tutelo					
2	Conozco los resultados de aprendizaje que deben adquirir los estudiantes cuando vienen a prácticas					
3	Conozco los sistemas de evaluación de la universidad del estudiante					
4	Hago uso de los sistemas de evaluación aplicados					
5	Considero que esta documentación es útil para el realización de las prácticas.					
6	Realizo un control de asistencia del estudiante					
7	Realizo una planificación de las prácticas					
8	Cumplimento las guías de evaluación de los estudiantes					
MOTIVACIÓN		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
9	Me resulta agradable e interesante					
10	Me gusta transmitir mis conocimientos a los demás					
11	Me genera interés personal					
12	Considero que las prácticas permiten la adquisición y desarrollo de las competencias profesionales					
13	Estoy satisfecho con mi participación como tutor de prácticas					
14	Estoy satisfecho con los resultados que obtienen los estudiantes durante el periodo de prácticas					
SATISFACCIÓN		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
15	Establecemos objetivos conjuntamente entre el profesorado y la enfermera clínica					

16	Tengo mayor reconocimiento de mis superiores					
17	Siempre se ha hecho de esta forma					
18	Creo que las practicas se desarrollan en el periodo de curso académico más adecuado					
19	Se me ha informado y se ha puesto a mi disposición recursos					
20	La coordinación existente entre la universidad y el centro de prácticas es satisfactoria					
21	Estoy satisfecho con la organización de las prácticas clínicas					
22	Estoy satisfecho con el trato que he recibido por los profesores de la universidad					
<b>OBSTÁCULOS</b>		<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
23	Me supone un obstáculo trabajar a turnos					
24	Me supone un obstáculo el tiempo que requieren					
25	Me supone un obstáculo la carga adicional de trabajo que supone					
26	Me supone un obstáculo la responsabilidad que provoca					
27	Me supone un obstáculo por la poca metodología docente que poseo					
28	Me supone un obstáculo tutorizar estudiantes debido al cansancio que supone la jornada laboral					
<b>COMPROMISO</b>		<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
29	Creo que tutorizar estudiantes en prácticas es una función del profesional de enfermería					
30	Tutelar estudiantes me ha fomentado una actitud activa hacia la formación					
31	Creo necesario que se realicen cursos para la formación de tutor de prácticas					
32	Es un compromiso moral y ético que es necesario asumir					
33	Es un compromiso profesional					



***Anexo 6: Resultados de las RLO de la dimensión Motivación.***

**Resultados tras elimina la variable Edad****Información sobre el ajuste de los modelos**

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	31,600			
Final	21,749	9,851	4	,043

**Bondad de ajuste**

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	3,604	4	,462
Desviación	4,656	4	,324

**Pseudo R-cuadrado**

Cox y Snell	,081
Nagelkerke	,120
McFadden	,075

		Estimación	Wald	Sig.	IC 95%	
					Inferior	Superior
Umbral	[CAT_MOTIVACION = 2]	-1,157	1,070	,301	-3,349	1,035
	[Agru_Entorno=1]	-,622	,285	,594	-2,909	1,664
	[Agru_Entorno=2]	-1,016	,953	,329	-3,056	1,024
	[Agru_Entorno=3]	0	.	.	.	.
Ubicación	[TUTORIZAR=1]	,554	1,922	,166	-,229	1,338
	[TUTORIZAR=2]	0	.	.	.	.
	[ENF_REFERENCIA=1]	,852	4,776	,029	,088	1,615
	[ENF_REFERENCIA=2]	0	.	.	.	.

**Prueba de líneas paralelas**

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Hipótesis nula	21,749			
General	21,749	,000	0	.

## Resultados tras eliminar la variable Entorno laboral

### Información sobre el ajuste de los modelos

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	46,982			
Final	25,527	21,454	6	,002

### Bondad de ajuste

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	4,058	11	,968
Desviación	4,986	11	,932

### Pseudo R-cuadrado

Cox y Snell	,174
Nagelkerke	,261
McFadden	,173

		Estimación	Wald	Sig.	IC 95%	
					Inferior	Superior
Umbral	[CAT_MOTIVACION = 2]	-16,988	924,690	,000	-18,083	-15,893
	[TUTORIZAR=1]	,896	4,751	,029	,090	1,701
	[TUTORIZAR=2]	0	.	.	.	.
	[ENF_REFERENCIA=1]	1,314	10,905	,001	,534	2,094
	[ENF_REFERENCIA=2]	0	.	.	.	.
Ubicación	[EDAD_AGRUPADA=1]	,467	,000	1,000	-7704,164	7705,097
	[EDAD_AGRUPADA=2]	-16,831	861,870	,000	-17,955	-15,707
	[EDAD_AGRUPADA=3]	-17,609	1226,981	,000	-18,594	-16,624
	[EDAD_AGRUPADA=4]	-17,676	.	.	-17,676	-17,676
	[EDAD_AGRUPADA=5]	0	.	.	.	.

### Prueba de líneas paralelas

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Hipótesis nula	25,527			
General	25,527	,000	0	.

**Resultados tras eliminar la variable Tutela de estudiantes en los últimos 5 años****Información sobre el ajuste de los modelos**

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	52,789			
Final	29,643	23,146	7	,002

**Bondad de ajuste**

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	10,853	10	,369
Desviación	13,932	10	,176

**Pseudo R-cuadrado**

Cox y Snell	,187
Nagelkerke	,279
McFadden	,187

		Estimación	Wald	Sig.	IC 95%	
					Inferior	Superior
Umbral	[CAT_MOTIVACION = 2]	-32,620	,000	,986	-3577,839	3512,599
	[ENF_REFERENCIA=1]	1,062	6,949	,008	,272	1,852
	[ENF_REFERENCIA=2]	0	.	.	.	.
	[EDAD_AGRUPADA=1]	,291	,000	1,000	-4457,075	4457,656
	[EDAD_AGRUPADA=2]	-15,634	747,138	,000	-16,755	-14,513
Ubicación	[EDAD_AGRUPADA=3]	-16,508	1092,137	,000	-17,487	-15,529
	[EDAD_AGRUPADA=4]	-16,483	.	.	-16,483	-16,483
	[EDAD_AGRUPADA=5]	0	.	.	.	.
	[Agru_Entorno=1]	-15,641	,000	,993	-3560,860	3529,579
	[Agru_Entorno=2]	-16,146	,000	,993	-3561,365	3529,073
	[Agru_Entorno=3]	0	.	.	.	.

**Prueba de líneas paralelas**

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Hipótesis nula	29,643			
General	29,643	,000	0	.

## Resultados tras eliminar la variable Enfermero de referencia

### Información sobre el ajuste de los modelos

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	48,625			
Final	28,244	20,381	7	,005

### Bondad de ajuste

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	9,714	11	,556
Desviación	12,156	11	,352

### Pseudo R-cuadrado

Cox y Snell	,166
Nagelkerke	,249
McFadden	,165

		Estimación	Wald	Sig.	IC 95%	
					Inferior	Superior
Umbral	[CAT_MOTIVACION = 2]	-32,590	0,000	,985	-3460,073	3394,893
	[EDAD_AGRUPADA=1]	,731	0,000	1,000	-4568,051	4569,512
	[EDAD_AGRUPADA=2]	-15,115	693,341	,000	-16,240	-13,990
	[EDAD_AGRUPADA=3]	-16,047	1009,761	,000	-17,036	-15,057
	[EDAD_AGRUPADA=4]	-16,132	.	.	-16,132	-16,132
Ubicación	[EDAD_AGRUPADA=5]	0	.	.	.	.
	[Agru_Entorno=1]	-15,940	,000	,993	-3443,423	3411,543
	[Agru_Entorno=2]	-16,465	,000	,992	-3443,948	3411,018
	[Agru_Entorno=3]	0	.	.	.	.
	[TUTORIZAR=1]	,859	4,188	,041	,036	1,681
	[TUTORIZAR=2]	0	.	.	.	.

### Prueba de líneas paralelas

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Hipótesis nula	28,244			
General	28,244	,000	0	.

***Anexo 7: Producción científica.***

La tesis Doctoral presentada, pertenece al programada de Doctorado de Ciencias de Enfermería por la Universitat Jaume I, bajo el marco legislativo del RD 99/2011. Esta tesis se realiza en el ámbito de la innovación docente en educación en Enfermería, en la que colaboran investigadores de reconocido prestigio como la Dra. Azucena Pedraz y Dra. Ana Palmar Santos de la Universidad Autónoma de Madrid y la Dra. Loreto Maciá de la Universidad de Alicante.

En la línea de la innovación docente se han elaborados 2 tesis recientemente:

- Resultados de un programa de innovación docente sobre la adquisición de competencias en estudiantes de Grado en Enfermería y su repercusión sobre la calidad asistencial. Elaborada por el Dr. Victor Manuel Gonzalez Chorda, bajo la dirección de la Dra. Loreto Maciá Soler.
- Implantación y evaluación de una estrategia interactiva de Práctica Basada en la Evidencia en alumnos de Enfermería. Elaborada por la Dra. Desirée Mena Tudela, bajo la dirección de la Dra. Isabel Orts Cortes.

La producción científica más relevante llevada a cabo desde la inscripción a este programa de doctorado, en Noviembre 2013 es la siguiente:

#### **COMUNICACIONES A CONGRESOS:**

- EduRe'14 International Virtual Conference on Education, Social and Technological Sciences: Satisfaction of clinical nurses with the formation of a university tutorial program. Marzo 2014, Valencia.
- EduRe'14 International Virtual Conference on Education, Social and Technological Sciences. An electronic record system in nursing education: evaluation and utilization. Marzo 2014, Valencia.
- 8th International technology, education and development conference (INTED 2014). Preliminary results of an integrated learning approach in students of second year nursing degree. Marzo 2014, Valencia.
- VII Congreso Nacional SCELE (Sociedad Científica Española de Enfermería). Integración de la Práctica Basada en la Evidencia de forma transversal, iniciativa pregrado. Mayo 2014, Alicante.
- VII Congreso Nacional SCELE (Sociedad Científica Española de Enfermería). Aprendiendo a prescribir cuidados según capacidad funcional en soporte electrónico. Mayo 2014, Alicante.

- VII Congreso Nacional SCELE (Sociedad Científica Española de Enfermería). Satisfacción de las enfermeras clínicas con la formación de un programa tutorial universitario. Mayo 2014, Alicante.
- 2º Congresso IPLeira International Health Congress. Integrating Evidence-Based Practice in the Training Programme Bachelor's Degree in Nursing. Mayo 2014, Leiria.
- 2º Congresso IPLeira International Health Congress. Mentor's implication in clinical learning and assessment of nursing students. Mayo 2014, Leiria.
- II Jornadas Internacionales en Educación y Salud "Experiencias de Investigación en Educación y Salud. Universidad de Almería. . La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería. Junio 2015. Almería.
- XXII Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica y II Reunión Hispanoportuguesa de Educación Médica. Autoevaluación de la adquisición de competencias en estudiantes de Grado de Enfermería. Octubre 2015.
- XXII Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica y II Reunión Hispanoportuguesa de Educación Médica. Mejora del proceso de aprendizaje analizando la evaluación en simulación clínica. Octubre 2015.

#### **POSTERS PRESENTADOS EN CONGRESOS:**

- VII Congreso Nacional SCELE (Sociedad Científica Española de Enfermería). Adquisición de competencias a través de guías audiovisuales basadas en la evidencia en estudiantes de enfermería (Pòster). Mayo 2014, Alicante.
- II Jornadas Internacionales de Graduados en Ciencias de la Salud. Universidad de Almería. Repercusión de la fatiga física en la reanimación cardiopulmonar. Julio 2015, Almería.

#### **PUBLICACIONES EN REVISTAS CIENTIFICAS:**

- An electronic record system in nursing education: evaluation and utilization. Vol 1, Num 2 P 70-89. 2014. Multidisciplinary journal for Education Social and Technological Sciences.
- Level of involvement of clinical nurses in the evaluation of competence of nursing students. Vol 32 Num 3. P461-470. 2014. Investigación y Educación en Enfermería.



- Satisfaction of clinical nurses with de formation of a university tutorial program. Num. 1(3). P. 119-131. 2014 Internacional (cientific). International Journal on advances in education research.
  
- Assessment of bachelor theses in a nursing degree with a rubrics system: Development and validation study. In press: DOI: 10.1016/j.nedt.2015.11.033. Nurse Education Today.



