



VNIVERSITATIS VALÈNCIA

## **Facultat d'Infermeria i Podologia**

### **Programa de Doctorat en Infermeria Clínica i Comunitària**

#### **Tesis Doctoral**

#### **Disseny i validació d'un qüestionari per mesurar les actituds necessàries per tenir cura de la salut de les persones**

**Presentada per:**

**María Amparo Benavent Garcés**

**Dirigida per:**

**Dra. Isabel Leal Cercós**

**Dr. Bernardo Gargallo López**

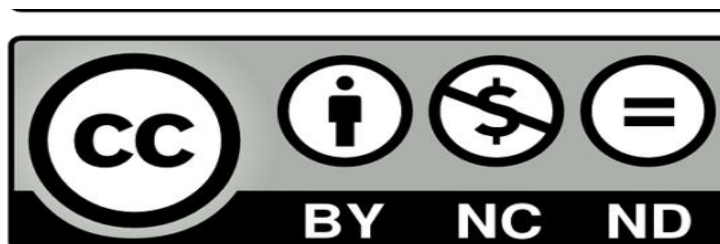
**Tutoritzada per:**

**Ana Queralt Blasco**

**València, 2021**

En blanc

Aquest treball s'acull a la llicència de Creative Commons 4.0, amb reconeixement d'autoria, no comercial i sense obra derivada. A continuació el símbol que representa aquest tipus de llicència



En blanc

**Dedicatòria**

A totes les dones que han cuidat de mi

i

a les que encara em cuiden

blanc

## **Agraïments**

La gratitud és un sentiment afectuós envers qui ens ha fet un bé, un servei, un favor. Tractar de recollir en un full tots els agraïments que vull fer esdevé una tasca difícil, ja que el pas dels anys ha anat augmentant el nombre de persones de les que he rebut un bé, un servei o un favor. De totes garde record i vull que totes es senten participes d'aquest treball.

Gràcies a Pilar (†desembre 1999) i a Ada Monleón, la seua confiança en mi va fer possible dirigir la meua activitat professional cap a la docència.

Gràcies als meus companys i companyes, professores i professors i personal d'administració i serveis, de l'antiga Escola d'Infermeria i de l'actual Facultat d'Infermeria i Podologia, perquè d'elles i ells he après una part molt important del que sé i perquè han estat donant-me el seu suport en aquest projecte.

Gràcies a l'alumnat que m'ha deixat participar en el seu procés d'aprenentatge, i que ha col·laborat en la realització d'aquest projecte, perquè han aconseguit mantenir viva la il·lusió pel meu treball.

Gràcies a totes les infermeres i els infermers que han lluitat per aconseguir el reconeixement de la Infermeria com a disciplina i activitat professional, perquè sense el seu treball i la seua dedicació no estaríem ara aquí.

Gràcies a les meues amigues i als meus amics per aqueixos moments de riures que m'han ajudat a mantenir la salut mental.

Gràcies Dr. David Martín Baena, pel teu suport estadístic i metodològic però també emocional i per la teua paciència i confiança en mi.

Al meu director Dr. Bernardo Gargallo López, gràcies per acceptar acompanyar-me i dirigir-me en aquest projecte i fer-ho de manera incondicional.

A la meua directora Dra. Isabel Leal Cercós, gràcies perquè eres la culpable de que jo m'haja embarcat en aquest projecte, pot ser que sense tu no hagués pogut concloure'l.

A la meua tutora Dra. Ana Queralt Blasco, gràcies perquè has aconseguit transmetrem serenitat, per la teua disposició, pel teu tarannà innovador i perquè afrontes els reptes sense por.

Gràcies als meus pares Maria (†29 d'octubre 2021) i Joaquín (†16 de març 2013) per l'estima, generositat i confiança que m'han transmès i especialment agraeix a la meua mare que m'haja iniciat en l'art de tenir cura de les persones.

Gràcies a la meua sogra Teresa (†29 de maig 2016) que sempre estava disposada a fer-se càrrec de la cura de les meues filles recolzant-me per a poder créixer professionalment.

Gràcies a la meua germana Concha i als meus germans Ximo i Pepe que han aguantat i aguanten estoicament el meu tarannà de germana major, incentivant-me per a aprendre a cuidar cada dia millor.

Gràcies a les meues cunyades Maite, Irene i Jaci i al meu cunyat Juanjo, per estar sempre disposats a fer "pinya" i pels bons equips que hem format en la cura de la meua sogra i de la meua mare.

A Juan, el meu company de vida, a Maria i a Teresa, les meues filles, a Andreu i a Miquel, els meus gendres, GRÀCIES per comprendre, per recolzar-me i



per estimar-me. A Joan, a Guillem, a Laia i a Lola, les meues netes i nets,  
GRÀCIESi per deixar que vos cuide.

En blanc

# Índex

INTRODUCCIÓ .....	14
MARC CONCEPTUAL .....	22
CAPÍTOL 1. Història de la professionalització de la cura de la salut de les persones .....	23
1.1. <i>L'activitat de tenir cura de les persones des del segle XIX fins l'actualitat en Espanya</i> .....	24
1.2. <i>Marc Legal i Deontològic de l'activitat infermera</i> .....	46
CAPÍTOL 2. Context en el que es desenvolupa la formació de les infermeres .....	61
2.1. <i>Espai Europeu d'Educació Superior: Saber, Saber ser, Saber estar</i> .....	61
2.2. <i>La institució universitària i la Universitat de València Estudi General</i> .....	67
2.3. <i>Facultat d'Infermeria i Podologia de la Universitat de València</i> .....	71
CAPÍTOL 3. Aproximació al significat de tenir cura .....	78
3.1. <i>Anàlisi del significat del concepte tenir cura</i> .....	78
3.2. <i>La cura de la salut de les persones, element ontològic de la disciplina infermera</i> .....	93
CAPITOL 4. Les actituds necessàries per tenir cura de la salut de les persones .....	101
4.1. <i>Significat del concepte actitud</i> .....	102
4.2. <i>Anàlisi de les actituds d'una infermera o infermer madur</i> .....	116
4.2.1. <i>ACTITUD COMPASSIÓ</i> .....	120
4.2.2. <i>ACTITUD VOCACIONADA</i> .....	125
4.2.3. <i>ACTITUD RESPONSABILITAT</i> .....	127
4.2.4. <i>ACTITUD CAP A LA COMUNICACIÓ</i> .....	130
4.2.5. <i>ACTITUD CAP A L'EMPODERAMENT EN SALUT</i> .....	134
4.2.6. <i>ACTITUD CAP A LA COMPETÈNCIA TÈCNICA</i> .....	138
4.2.7. <i>ACTITUD CAP A L'AUTOESTIMA PROFESSIONAL</i> .....	141
MARC EMPÍRIC .....	146
CAPITOL 5. Metodologia .....	146
5.1. <i>Objectius i Hipòtesis</i> .....	146
5.2. <i>Participants</i> .....	148
5.3. <i>Procediment</i> .....	149
5.3.1. <i>FASE I: Elecció i construcció del tipus d'instrument</i> .....	153
5.3.2. <i>FASE II: Determinació de la validesa i fiabilitat de l'escala</i> .....	156

5.3.2.1. ANÀLISIS ESTADÍSTIC.....	161
CAPITOL 6. Resultats i Discussió.....	164
6.1. Resultats del procés de recollida de dades.....	164
6.1.2. Descripció de la mostra.....	165
6.2. Resultats obtinguts en el procés de construcció del qüestionari.....	168
6.2.1. Resultats del judici d'experts i expertes.....	169
6.2.2. Primera versió del qüestionari VANCS.....	189
6.3. Propietats psicomètriques del qüestionari VANCS.....	204
6.3.1. Fiabilitat.....	204
6.3.2. Validesa de constructe.....	211
6.3.3. Estabilitat temporal.....	227
6.4. Presència de les actituds per tenir cura de les persones, en l'alumnat dels cursos tercer i quart del Grau en Infermeria de la Universitat de València: resultats aproximats.....	238
CAPITOL 7. Conclusions.....	246
7.1 Conclusions.....	246
7.2 Limitacions de l'estudi.....	251
7.3 Línies de treball.....	251
<b>REFERÈNCIES.....</b>	<b>253</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>274</b>
Annex 1. Qüestionari aplicat a la mostra.....	274
Annex 2. Full informatiu i Consentiment Informat.....	280
Annex 3. Document enviat als experts i expertes per a la valoració de validesa, ubicació, univocitat i intel·ligibilitat.....	283
Annex 4. Document enviat a les expertes i experts per a la validació de contingut.....	286
Annex 5. Informe favorable del Comitè Ètic d'Investigació en Humans de la Universitat de València....	291

# **INTRODUCCIÓ**

Solo hay una respuesta digna frente a la finitud humana ante la realidad de la muerte: cuidarnos, acompañarnos, ayudarnos. Frente a las lógicas de la dominación...., las dinámicas del cuidado. Ahí se decide lo humano (Riechmann, 2013)

## **Introducció**

L'acció de tenir cura de les persones ha fet possible que els éssers humans pugem contar una història de segles. La cura de les persones és una acció transcendent, però hem d'assenyalar que ha estat, segons la revisió de Collière (1982) una acció domèstica, associada al gènere i controlada per la religió cristiana que es va apropiat d'aquesta acció, convertint-la en una de les finalitats atribuïda a una de les tres virtuts teologals: la caritat.

El desenvolupament de les societats humanes i la distribució del treball, entre altres, ha fet que aquesta acció de tenir cura es transforme en l'element ontològic d'una nova disciplina: la infermeria.

Nightingale (1990) considerada la precursora de la infermeria moderna, tria l'acció de tenir cura com el fet distintiu de l'actuació infermera front a l'actuació mèdica. Diu sobre la infermeria:

Se ha limitado a significar poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración y con el menor gasto de energía por el paciente. (p.2)

Aquesta acció requereix d'una formació, però com la pròpia Nightingale afirma, aquesta formació no sols ha de permetre acumular coneixements sinó que també ha d'aconseguir el desenvolupament d'una sèrie d'actituds que són essencials en la realització del treball de tenir cura: "Qué es lo que necesitamos? Tener en el fondo principios elevados. Sin esto, sin haber establecido nuestros cimientos, tiene poco sentido construir los detalles" (Nightingale citat en Ulrich, 1996, p. 40)

Més recentment Watson mitjançant la descripció del seu model ens deixa veure que no pretén mostrar-nos que és el que ha de fer un infermer o una infermera sinó com ha de fer-ho (Watson, 2011). Per tant, està confirmant i reiterant la idea que per tenir cura de les persones no sols necessitem adquirir coneixements sinó desenvolupar actituds. En un context més proper Arroyo et al. (1997) assenyalen que un infermer o una infermera madura serà aquell o aquella que haja aconseguit desenvolupar una sèrie d'actituds que van des de la compassió o capacitat de posar-se en el lloc de l'altre, fins a l'autoestima o confiança raonable en les capacitats de cadascú i cadascuna.

Aquesta formació, no sols en coneixements sinó també en actituds, que es perfila com a necessària per poder desenvolupar l'acció de tenir cura, ha anat fent-se cada vegada més complexa. Fins a la dècada dels anys 80 del segle passat, la prioritat en la formació dels cuidadors i cuidadores professionals, estava centrada en l'adquisició de coneixements tècnics i científics, generalment vinculats amb altres grups professionals. Les actituds quedaven a criteri de cada infermer o infermera. Així doncs l'exigència era la capacitat tècnica i el desenvolupament personal i moral quedava, com ja hem dit, reservat a la voluntat de cadascú o cadascuna i, en el nostre context, condicionat per la religió catòlica.

En el context espanyol l'evolució d'aquesta formació, sens dubte, evidència aquesta transformació. La unificació de la formació de practicats, matrones i infermeres ens va conduir, com ja sabem, a la instauració d'un títol de capacitació tècnica. La formació per a l'obtenció d'aquest, estava centrada en l'adquisició de coneixements i dirigida a produir un treballador o treballadora amb els coneixements necessaris per evitar errades, sense que en cap cas pogués tindre la pretensió de superar als professionals de la medicina. Òbviament d'aquest ideari poc es podia esperar respecte al desenvolupament d'actituds com la responsabilitat o la presa de decisions. A més a més, i pel que fa a la formació moral i al desenvolupament personal, cal recordar que sols una única moral era acceptada com a valuosa: la moral catòlica; i pel que fa al desenvolupament personal, aquest estava condicionat pel biaix de gènere.

El pas a la universitat, a finals dels anys 70 del segle passat, permet deixar enrere una formació que, des de la perspectiva actual, podríem etiquetar de "casposa". Entrem com afirma Collière (1982) en un espai on deixem darrere models passats:

La formació universitària ens permet comprendre la diversitat, eixir de l'espai unidimensional hospital-escola i deslliurar-nos de la uniformitat dels models socials que aquest binomi produeix. Tot això fa que puguem descobrir la polivalència dels corrents de pensament, la seua diversitat, contradicció i oposició, i ens capacita per al treball de tenir cura; per tant anem construint la infermeria que volem.

La universitat ens ha permès trobades amb persones de cultura, edat i experiències diferents de les de cuidador/cuidat o infermera/metge i



establir-nos en altres rols socials. La formació universitària ens inicia en el camí de la interrogació, obliga al qüestionament i condueix a l'argumentació. (p. 201-202)

Actualment són moltes les veus que se posicionen per fer evident que la preparació per poder tenir cura de les persones no sols ha de ser tècnica sinó també ètica. En aquest sentit es pronuncia Bellver Capella (2014):

Quien piense que el conocimiento de las evidencias científicas y técnicas sobre los cuidados, forjan el sustento sobre el que se levanta la profesión enfermera vive en el engaño o en el cinismo. La aplicación de esos conocimientos es completamente dependiente del sentido de la profesión y de las bases éticas del que los aplica. Por eso nos encontramos con personas que con parecidos niveles de formación científica presentan unos niveles tan distintos en el ejercicio de la enfermería. (...) la ética (y la inseparable reflexión sobre el sentido de la profesión enfermera) es la viga maestra que sustenta todo el quehacer en enfermería (p. XV)

En aquests moments cal preguntar-se si estem aconseguint que l'alumnat que se forma en les nostres facultats pot fer-ho de manera adequada, és a dir no sols amb l'adquisició de coneixements, sinó també amb l'adquisició o desenvolupament de les actituds que són necessàries per a l'activitat de tenir cura.

L'experiència i l'evidència al respecte sembla que inviten a donar una resposta negativa. Això fa que, immediatament, ens plantegem una segona qüestió: per què el procés d'ensenyament i aprenentatge que estem seguint, no té l'efecte que cal?.

La resposta podem trobar-la de la mà de Noddigs (2005). Aquesta pedagoga nord-americana afirma que la pedagogia de les cures és singular. És a dir, si el que volem és capacitar a un ésser humà perquè pugui tenir cura d'un altre, necessitem d'un projecte pedagògic que considere tant el creixement personal i moral com el creixement en coneixements i capacitació tècnica. Aquesta idea també està present en el treball de Waldow (2009). Aquesta autora assegura que, encara a hores d'ara, en els dissenys dels programes per a la formació de les infermeres predominen els enfocaments conservadors, caracteritzats per prioritzar les llistes o manuals de procediments on es detallen les maneres considerades correctes de tenir cura. Un ensenyament d'infermeria centrat en la cura, com proposa aquesta autora, obliga a modificar les prioritats de manera que tot i que és important saber i conèixer com es fa la cura, importa principalment el com es fa i a qui va dirigit.

Sobre el paper podríem dir que la formació de les infermeres i els infermers té en consideració aquests dos aspectes, per tant pot ser que la qüestió, la raó per la qual no acabem d'aconseguir l'objectiu, estiga en les metodologies que fem servir en eixe procés d'ensenyament i aprenentatge.

Totes aquestes qüestions estan en el rerefons d'aquest projecte. Així doncs i considerant com a punt de partida la proposta de Adela Cortina (1997), en relació a les actituds necessàries per tenir cura de la salut de les persones, es fa palès que cal, en primer lloc, disposar d'un instrument que ens permeti mesurar-les i així poder determinar quin és el nivell d'adquisició i consolidació que tenen entre l'alumnat, i com incideix la formació que rep aquest alumnat sobre eixes actituds.

Després de la revisió bibliogràfica no hem aconseguit trobar cap instrument que mesure eixes actituds de manera conjunta, per la qual cosa, el projecte que es presenta a continuació té com a objectiu el disseny i validació d'un qüestionari ad hoc.

Com afirma Bandalos (2018) en referència als Estàndards per a proves educatives i psicològiques (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, 2018), obtenir validesa és un procés que ens ha de permetre prendre la decisió dicotòmica de vàlid/no vàlid. Tanmateix l'autora ens crida l'atenció sobre les característiques de constructes com ara les actituds, advertint-nos del seu caràcter esquiu. I assegura que no existeix cap estudi definitiu que pugui precisar el significat de constructes que, com les actituds, són realitats no directament observables. Així, els estudis de validació cal considerar-los com un programa d'investigació amb la finalitat d'obtenir el major nombre d'evidències possibles per poder recolzar l'ús previst i les inferències dels resultats de la prova. (p. 262)

Des d'aquests plantejaments s'ha formulat un objectiu general:

Dissenyar i validar una escala de valoració de les actituds que es consideren necessàries per tenir cura de la salut de les persones.

I els següents objectius específics:

- 1) Definir i analitzar el marc teòric que dona suport al constructe *tenir cura* de la salut de les persones i al constructe *actituds* necessàries per a la cura.
- 2) Dissenyar un instrument de valoració de les actituds necessàries per tenir cura de la salut de les persones.

3) Demostrar la validesa i fiabilitat de l'instrument mitjançant les proves estadístiques adients.

A més de la Introducció i la Bibliografia, la tesis, es presenta estructurada en dos blocs: Marc Conceptual y Marc Empíric. Al Marc Conceptual, es recull la fonamentació teòrica en quatre capítols: al Capítol 1, es mostra una reflexió històrica sobre l'origen de la infermeria com activitat professional i el marc legal i deontològic que la regula actualment. Això ens permetrà identificar la funció principal d'aquesta activitat que no és altra que la cura de la salut de les persones. Al Capítol 2, es mostra el context en el que es desenvolupa la formació de les futures infermeres i infermers a la Universitat de València. Al Capítol 3, es defineix el significat de *tenir cura* i es revisa, a través dels models infermers, en què consisteix tenir cura de la salut de les persones. Finalment al Capítol 4, en primer lloc, s'analitza el constructe *actitud* i es definiran les actituds necessàries per *tenir cura* de la salut de les persones. Tot això ens ha de permetre concloure que l'activitat de *tenir cura* de la salut de les persones, a més d'uns coneixements, requereix del desenvolupament, per part de les infermeres, d'un conjunt d'actituds per aconseguir l'exercici excel·lent i identificar quines són eixes actituds.

El segon bloc, anomenat Marc Empíric, està organitzat en tres capítols. Al Capítol 5 es recull la metodologia utilitzada, incloent objectius i hipòtesis, participants, variables i instruments de mesura, el procediment seguit en la construcció del qüestionari i en la seua validació. Al Capítol 6 es mostren els resultats i la discussió i al Capítol 7 es desenvolupen les conclusions, incloent una descripció de les limitacions de l'estudi i les aportacions per a possibles línies d'investigació.

# **MARC CONCEPTUAL**

## **Marc Conceptual**

El plantejament que s'ha fet per desenvolupar el marc conceptual o teòric és el següent:

1. Es presenta una reflexió històrica mitjançant un repàs sobre l'origen de la infermeria com activitat professional a l'Estat Espanyol, que ens permetrà descriure quin és el punt de partida de la professió, les seues característiques i condicions.

2. Es mostra el marc legal i deontològic actual en el que es desenvolupa l'activitat infermera, la qual cosa permetrà identificar la funció principal d'aquesta activitat que no és altra que la cura de la salut de les persones.

3. Es defineix el significat de *tenir cura* i es descriu la importància d'aquest constructe en el desenvolupament de la Infermeria com a disciplina i com a professió.

4. Es mostra com aquesta activitat, a més d'uns coneixements, requereix del desenvolupament per part dels professionals que la exerceixen, d'un conjunt d'actituds per a aconseguir l'exercici excel·lent de l'activitat de tenir cura. Finalitza mostrant quines són les competències sobre les que descansa la formació actual que reben els futurs professionals en la Universitat de València.

## **CAPÍTOL 1. Història de la professionalització de la cura de la salut de les persones**

La situació actual de la infermeria és com afirma Siles González (1999) "La evolución en el tiempo del fenómeno humano en el contexto de los cuidados vinculados al intervalo salud-enfermedad y que están directamente relacionados con el proceso de satisfacción de las necesidades" (p. 19). És important conèixer i reconèixer aquesta evolució perquè "sin la demostración histórica de la enfermería, es imposible afirmar su existencia como entidad socioprofesional". (p. 16)

Des d'aquesta perspectiva hem considerat necessari incloure aquest apartat de repàs històric, amb l'objectiu de poder comprendre la situació actual de la professió infermera a l'Estat Espanyol. Aquest coneixement ajudarà a demostrar que els professionals infermers i infermeres no sols necessiten tindre una sèrie de coneixements sinó també desenvolupar unes actituds. Aquestes actituds els permetran, a més d'aconseguir que l'atenció a la salut de les persones pugui ser excel·lent, abandonar els estereotips existents sobre la professió infermera i sobre els seus professionals infermers i infermeres. Aquests estereotips han anat gestant-se a través de la història i han incidit negativament sobre la professionalització de l'acció de tenir cura.

Mitjançant aquest repàs històric es vol mostrar evidències que donen suport a l'afirmació que es recull a la introducció sobre la cura de les persones: és una acció domèstica, associada al gènere i controlada per la religió cristiana. Les dades que es presenten a continuació permetran veure en quina mesura el gènere i la religió han participat en la creació d'eixos estereotips, als que

fèiem referència anteriorment, i com han condicionat la transformació d'una acció domèstica, *tenir cura de la salut de les persones*, en una acció professional.

### **1.1. L'activitat de tenir cura de les persones des del segle XIX fins l'actualitat en Espanya<sup>1</sup>**

La professió infermera actual és, com afirma Camaño Puig (2005) el resultat de la unificació de tres ocupacions sanitàries: practicants, comares i infermeres. Tan sols fixant-nos en la denominació de cadascuna d'aquestes figures ja identifiquem una distinció de gènere: els mots comares i infermeres expressen, clarament, gènere femení. Pel que fa al mot practicants, tot i que mostrarem a continuació que nombra a un col·lectiu majoritàriament masculí, cal reconèixer que en llengua castellana el plural dels noms és en masculí i per tant no podem afirmar que mitjançant l'ús d'aquest mot queden excloses les persones del gènere femení.

La presència d'aquestes tres figures responsabilitzant-se d'una mateixa acció, *tenir cura de la salut de les persones*, significava el desenvolupament de diferents àrees d'una mateixa activitat professional per part de cadascun i cadascuna d'elles. I, a més a més, dibuixava un escenari on es mantenia una constant interferència entre les actuacions de totes tres (Camaño Puig, 2005).

A continuació, de la mà d'aquest autor, es revisen un conjunt de documents que permetran veure com han estat regulades aquestes figures i quina ha

---

<sup>1</sup> Per a l'elaboració d'aquest apartat he comptat amb l'ajuda del Dr. Ramón E. Camaño Puig que va posar a la meua disposició la traducció de la seua Tesis doctoral. Moltes gràcies.



estat la seua evolució. Incidint en aquells aspectes que ens ajuden a comprendre la situació actual.

El nostre punt de partida serà la *Ley de Instrucción Pública de 9 de Septiembre de 1857* (Ministerio de Fomento, 1857) i la *Orden Real de 26 de Junio de 1861* (Ministerio de Fomento, 1861), mitjançant les quals queden regulades les figures de practicant i comares.

Pel que fa als practicants tenien adjudicades les següents pràctiques:

1. Sobre el arte de los vendajes y apósitos más sencillos comunes en la cirugía menor.
2. Sobre el de hacer las curas por la aplicación de varias sustancias blandas, líquidas y gaseosas al cuerpo humano.
3. Sobre el arte de practicar sangrías generales y locales, la vacunación, la perforación de las orejas, escarificaciones y ventosas, y de aplicar al cutis tópicos, irritantes exutorios y cauterios.
4. Sobre el arte de dentista y de la pedicura (Ministerio de Fomento, 1861).

Les actuacions que tenen adjudicades els practicants comporten accions amb una finalitat de guariment, és a dir de recuperació d'una alteració i estan associades a l'actuació mèdica.

García Martínez (2004), en la fitxa tècnica bibliogràfica del llibre del Dr. Bonifacio Blanco Torres, *Instrucción del Practicante o Resumen de Conocimientos Útiles para la Buena Asistencia Inmediata de los Enfermos: y compendio de las Operaciones de Cirugía Menor, Arte del Dentista y del Callista*, publicat en 1870, destaca les funcions que Blanco Torres (1870)

considerava pròpies dels practicants. Segons aquest autor entre les funcions dels practicants, a més de proporcionar una atenció immediata als pacients, també s'inclouen l'administració i l'enregistrament de les prescripcions mèdiques, sempre tenint en compte el que havia establert el metge.

S'assigna al practicante la tasca d'anotar i informar al metge sobre qualsevol canvi experimentat pel pacient, i si aquest mostrava alguna resistència a prendre's les medecines o l'alimentació prescrita, hauria de ser el practicante qui es fera càrrec de persuadir al pacient amb bones raons per aconseguir convèncer-lo de la necessitat d'eixa medicació per a una cura efectiva i completa.

Tanmateix, el practicante podia, prèvia autorització, realitzar algun guariment quirúrgic i algunes operacions quirúrgiques menors i actuar com ajudant en operacions, guariment de ferides, reducció de dislocacions, fractures, etc. (Camaño Puig, 2005).

Al segle XX, en 1904 i mitjançant la *Ley sobre Instrucción General de Sanidad*, apareix el reconeixement del practicante i la comare com professions de salut juntament amb medicina, cirurgia, farmàcia, dentista i veterinària. Però, de manera que podríem considerar reiterativa, torna a aparèixer en aquesta llei el caràcter auxiliar de les professions de practicante i comare (Camaño Puig, 2005).

Aquest caràcter auxiliar quedava vinculat a la subordinació o dependència d'aquests professionals respecte dels metges, quedant recollit als manuals per a practicants. Isabel Blázquez Ornat (2016) analitza el manual del Dr. Felipe Saénz de Cenzano (1922) destacant l'èmfasi que es fa en la

subordinació, resultant aquesta característica un element clau en la socialització dels practicants.

El practicant haurà de seguir les ordres del doctor que recollirà fidelment en un quadern. La submissió del practicat respecte del metge consistia com ja s'ha assenyalat en seguir les seues ordres fins i tot quan tenien una opinió diferent. Sols podrien preguntar per aclarir si alguna ordre no havia quedat clara. L'exigència de lleialtat era absoluta i el nivell tècnic en la realització de les tasques assignades hauria de ser excel·lent però, en cap cas, es poden qüestionar eixes tasques ni canviar-les ja que el practicant no pot jutjar allò que li es desconegut i perquè qualsevol modificació podria implicar un dany al pacient o inclús la mort (Camaño Puig, 2005).

Camaño Puig (2005) inclou una altra referència a Sàenz de Cenzano (1922), on queda plasmada està condició de subordinació dels practicants. El practicant haurà de ser moderat en la seua resposta quan la família s'interesse sobre el pacient. Limitarà la seua actuació si el pacient experimenta qualsevol canvi que precise d'una intervenció immediata, destacant que la seua obligació serà demanar a la família que avise al metge, però res més.

Tenim una figura, la del practicant, que podríem definir com un ajudant imprescindible per a que el metge puga desenvolupar la seua funció. Un tècnic capacitat per fer xicotetes operacions (cirurgia menor) que hauria de ser instruït, obedient, honest, virtuós i submís, actuant sempre amb autorització d'un metge. També esdevé com un mediador entre el pacient i el metge. Segons Siles González (1999) "la figura del practicante representa uno de los componentes que, con más significación y carga ideológica,

influirá en la posterior evolución de la enfermería". "...y ha influido decisivamente en la preservación de la vertiente más técnica de la enfermería". (p. 235)

Aquesta circumstància va contribuir de manera evident sobre la imatge de l'infermer o la infermera com a expert tècnic i ajudant mèdic que, malgrat tots el canvis socials, educatius i professionals, encara trobem instal·lada en la societat actual. Al sol·licitar-li a l'alumnat d'infermeria de la Universitat de València, fins al curs 2017-2018, que explique què és per a ell o per a ella la infermeria, s'han trobat les següents expressions:<sup>2</sup>:

"Ajudant del metge" (curs 2003-2004)

"Formació per a col·laborar amb les accions de la medicina". "Ajudant del metge". "Ajudant del personal especialitzat". "Medicina rebaixada" (curs 2004-2005)

"...l'actuació que es realitza en el procés de guariment del pacient. Segueix les instruccions del metge i les indica a l'auxiliar" (curs 2005-2006)

"Formació per a col·laborar amb les accions de la Medicina". "És un camp de la Medicina". "Aplicació dels coneixements mèdics" (curs 2006-2007)

---

<sup>2</sup> Aquestes són opinions de l'alumnat de primer curs de Diplomatura i de segon curs de Grau en Infermeria de l'Escola d'Infermeria i Podologia de la Universitat de València i posteriorment Facultat. Opinions recollides mitjançant una enquesta que de forma voluntària emplenava l'estudiantat el primer dia de classe de l'assignatura de Fonaments d'Infermeria (fins al curs 2009-2010) i Bases Històriques, Epistemològiques i Ètiques de la Disciplina Infermera (a partir del curs 2011-2012).

“la enfermería es el trato con el paciente bajo la supervisión del médico especialista en el tema con el objetivo de curar al paciente en lo posible” (curs 2006-2007)

“la enfermeria és una professió importantíssima dins de la medicina. Es tracta de la part assistencial de la medicina i l’aplicació de tractaments supervisats per els metges” (curs 2006-2007)

“...però sempre rebent les instruccions del metge màxim responsable de tot el que els infermers fem” (curs 2006-2007)

“Un enfermer és les mans d’un cos en que el metge actua com el cervell” (curs 2009-2010)

“...tiene un papel muy importante en el campo de la salud porque los enfermeros sirven de intermediario entre el paciente y el médico” (curso 2014-2015)

“És una disciplina mèdica” (curs 2017-18)

Si es consideren aquestes afirmacions cal pensar que no són més que una mostra de les opinions de la població en general. Els estudiants i les estudiantes que s’incorporen a la titulació ho fan des d’eixos plantejaments actitudinals. Es considera, per tant, que és necessari desenvolupar metodologies docents que promoguen un canvi actitudinal.

La figura del practicant i les competències que tenia atribuïdes també ens serveix per reflexionar al voltant de la qüestió del gènere i la seua repercussió en el procés de professionalització de l’activitat de tenir cura de la salut de les persones. Si atenem al que ens diu Collière (1982) l’origen de les pràctiques de cures es desenvolupa al voltant de dos grans eixos:

“Assurer le maintien, la continuité de la vie” i “Faire reculer la mort” (p. 24 i ss). La primera de les dues finalitats de les cures esdevé en un fet quotidià i queda vinculada a les dones. Fer recular la mort esdevé en un fet públic i queda vinculat als homes.

Els practicants, com hem vist, centren la seua activitat en accions que tenen com a finalitat fer recular la mort i ajudant-nos de la informació aportada per Siles González, (1999), en el període comprés entre els cursos 1916-17 fins a 1935-36 es pot veure com majoritàriament són els homes els que accedeixen a aquesta formació quedant-se les dones amb una representació aproximada del 20% dels matriculats. Es podria dir que a l'origen del procés de professionalització de les cures, la càrrega més tècnica de la activitat infermera, l'aporten els homes.

A continuació es mostren les característiques de les dues altres figures.

L'activitat de les comares també va quedar regulada mitjançant la *Ley de Instrucción Pública de 9 de Septiembre de 1857* i la *Orden Real de 26 de Junio de 1861*. Aquesta regulació confirmaria la pèrdua de competències que històricament havia patit aquest col·lectiu dedicat a assegurar la continuïtat de la vida.

Quedaren autoritzades a assistir els parts naturals, sempre amb la presència del metge i ajudar a aquest en l'atenció a les dones embarassades, durant el procés de part i post-part quan fos necessari. Amb aquesta regulació es consolidava la subordinació de les comares front a l'autoritat dels metges en l'atenció a les dones embarassades, i es perdia definitivament el caràcter autònom del treball de comare que les dones havien estat desenvolupant al

llarg de segles d'història dels éssers humans, com un clar exponent de les pràctiques per assegurar la vida.

Així doncs, no sols les tasques relacionades amb l'atenció a les persones malaltes sinó també les tasques relacionades amb les cures de la vida, que les dones havien desenvolupant des de l'origen de l'espècie humana, queden subordinades a l'autoritat mèdica essencialment masculina.

Després d'aquesta regulació i concretament en el període comprés des del curs 1916-17 fins a 1935-36 les dones són les que ocuparan les aules, tan sols set (7) homes van optar al títol de comare (Siles González, 1999).

Respecte de les anomenades infermeres, el seu origen es situa en les ordres religioses femenines que van tenir un important creixement com a conseqüència de les necessitats d'assistència que sorgiren per dos fets rellevants: l'epidèmia de còlera en Espanya de 1855 a 1885 i la Guerra del Marroc de 1859 a 1860. Malgrat aquest creixement de les ordres religioses, aquestes es veren desbordades per les necessitats derivades d'aquests dos fets i això va determinar la constitució del anomenat "*Comité para la instrucción y organización de secciones de Enfermeras y Voluntarios civiles para el socorro de heridos en los campos de batalla*". Conseqüència de la creació d'aquest comitè fou l'aparició de las "*Secciones de las Señoras y Hermanos de la Caridad*" o infermeres voluntàries (Camaño Puig, 2005).

Per a Siles González (1999) el procés de desamortització no va tenir la repercussió esperada sobre la transformació definitiva de la infermeria en una professió civil i com hem dit anteriorment la incorporació de personal laic, sempre vaig la supervisió religiosa, sols es va produir quan les necessitats de personal preparat varen desbordar a les ordres religioses.

La formació d'aquests col·lectius i la seua preparació pràctica es va aconseguir utilitzant textos de procedència religiosa. Aquest fet confirma que malgrat que semblava estar superant-se la vinculació mantinguda al llarg de tants segles, entre l'activitat de tenir cura de les persones i la religió, al incorporar personal laic a l'activitat formal de tenir cura, aquest lligam en absolut està superat i com es veu més endavant seria necessari que transcorregueren quasi 100 anys més per a trencar-lo.

Pel que fa a la vinculació de les diferents tasques de cura al gènere, poden veure com en el període comprés entre 1915 i 1935 sols es matricularen un total de nou (9) homes per cursar titulació d'infermera (Siles González, 1999). Aquesta realitat podria estar vinculada a eixa relació ancestral entre les cures per assegurar la vida i les dones i les cures per fer recular la mort i els homes.

L'activitat d'aquestes dones va quedar formalitzada, com assenyala Camaño Puig (2005), el 7 de maig de 1915, a través d'una Real Ordre (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1915) on es regula la formació de les infermeres. Per a Siles González (1999) aquest col·lectiu va estar l'últim en obtenir reconeixement. Aquesta ordre fou el detonant d'un enfrontament, que se prolongaria en el temps, entre els practicants i les infermeres i que tindria ressò, fins i tot, en la transformació d'aquests títols en una única titulació.

El conflicte se materialitza amb el desacord dels practicants amb la presència d'un nou tipus d'auxiliar: la infermera. Figura que els practicants consideren innecessària i que sols contribuirà a afavorir la divisió de les classes de auxiliar sanitari.



Camaño Puig (2005), en la seua tesis, inclou un paràgraf de Calvo Pedrero, que és va publicar en la revista *El Practicante Sevillano* (1928), i que il·lustra clarament aquestes desavinences:

No habrá en España ningún practicante que no reciba de buen agrado la incorporación de mujeres como auxiliares médicos. Las enfermeras en España son un producto importado<sup>3</sup> y, en consecuencia, este nuevo fenómeno debe ser integrado en el marco legal existente, es decir, dependiente de los practicantes cuya misión es la prevención de la enfermedad evitable, como es expuesto en la Orden Real de 11 de noviembre de 1928.

El contingut d'aquest paràgraf mostra que no existeixen reticències respecte de la incorporació de les dones al col·lectiu d'auxiliars mèdics. Però la regulació d'una nova figura hauria de quedar dins de la regulació existent i per tant subordinada als practicants.

Per part dels practicants aquesta infermera se considerava com un producte importat, ja que, com apunta Siles González (1999) tant en Anglaterra com als Estats Units de Nord Amèrica, estava consolidant-se lenta però fermament la professió infermera.

Aquesta visió dels practicats no és en absolut escabellada si es té en compte la investigació desenvolupada per la Dra. Santainés Borredà (2019), que mostra les similituds existents entre els programes formatius utilitzats en la Escuela de Nightingale al Saint Thomas' Hospital i els utilitzats en la Escuela

---

<sup>3</sup> En referencia a la Escuela Sta. Isabel de Hungría i a Florence Nightingale

de Rubio y Galí, considerada la primera escola de formació en infermeria de Espanya.

Els conflictes entre els diferents sanitaris continuaren i fins i tot s'ampliaren. Ja no sols existien desavinences entre practicats i infermeres o practicants i comares sinó també entre practicants i estudiants de medicina. En la base d'aquests conflictes estava l'assignació de competències a uns i altres, l'ocupació d'espais d'atenció a la salut i les relacions de dependència/autonomia entre els sanitaris (Camaño Puig, 2005).

No serà fins a l'any 1945 que quedaran clarament definides les funcions per a cada tipus de professional. A la *Orden de 26 de noviembre de 1945* trobem:

- art. 5, Libro Primero Capítulo II: El practicante es el auxiliar más cercano al médico en todas sus actividades profesionales
- art. 12, Libro Primero Capítulo III: Las matronas están autorizadas por su título a ayudar en partos y sobre partos normales pero no distócicos. Tan pronto como el parto o sobreparto deje de mostrarse normal, quedan obligadas las Matronas a avisar sin pérdida de tiempo, bajo su responsabilidad, a un Médico. Como auxiliar de los Médicos, pueden asistir a las embarazadas y parturientas, siguiendo las indicaciones del Facultativo.
- art. 15. Libro Primero Capítulo IV: La Enfermera es, la auxiliar subalterna del Médico, estando siempre a las órdenes de éste. La Enfermera, por sí sola, no tiene facultades (Ministerio de la Gobernación, España, p. 3336 i 3337).

I a l'article 12 de la *Orden de 20 enero de 1948, por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad*, publicat al Boletín Oficial del Estado l'1 d'Abril de 1948 queda clarament explicitat que el personal sanitari, en aquest cas practicants, comares i infermeres, tenen que acomplir les seues obligacions atenent a les ordres del metge.

Malgrat aquestes regulacions els conflictes continuaren. Aquest conflictes no sols derivaven de les funcions recollides en la legislació sinó també perquè el col·lectiu de practicants i el d'infermeres sentien de manera diferent la pràctica (Camaño Puig, 2005).

Siles González (1999) conclou que:

no se deben desvincular las características de los profesionales de enfermería del contexto sociosanitario en que éstos sugen y se desarrollan. Desde el principio parece consolidada la división de tres vertientes históricas de la enfermería, fundamentadas en la división sexual del trabajo (practicantes varones, matronas y enfermeras), y esto no obedece únicamente a factores intraprofesionales. (p. 276)

A més a més i com afirma Medina Moya (1999)

el hecho de que el saber médico se haya convertido a lo largo del tiempo en un régimen de verdad, y que sea prestado a la enfermería para que desarrolle su función, determina que las relaciones entre ambos están atravesadas por un poder asimétrico. (p. 35)

Aquest breu repàs històric permet obtenir una visió sobre eixes tres figures que han estat l'origen dels actuals graduats en infermeria. Des de la nostra

perspectiva, volem destacar alguns aspectes que considerem rellevants per poder comprendre la situació actual de la professió infermera i la seua imatge social:

- És tracta de col·lectius clarament subordinats a les ordres mèdiques
- Desenvolupen tasques fonamentalment tècniques, destinades a l'acompliment del tractament mèdic d'ajuda per al diagnòstic
- Mentre que les infermeres tenen una marcada vinculació a l'hospital, els practicants sembla que tenen un paper més rellevant a nivell extrahospitalari
- El marcat caràcter de gènere que tenen els dos col·lectius
- El pes de la religió catòlica en la creació i preparació de les infermeres

A continuació es descriu com va estar el procés d'unificació d'aquestes tres titulacions, prestant atenció al programa formatiu i la regulació de les seues funcions. Tanmateix es tractarà d'analitzar en quina mesura eixos aspectes, que caracteritzaven als tres col·lectius i que hem assenyalat anteriorment, canvien o desapareixen.

Mitjançant el *Decreto de 4 de diciembre de 1953, por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios* (Ministerio de Educación Nacional, 1953), s'inicia el procés d'unificació dels títols de practicant, infermera i comare en un títol únic. Amb aquesta unificació es tracta d'eliminar les possibles diferències entre les funcions que desenvolupaven aquests col·lectius.

Malgrat això amb aquest canvi no s'aconseguirà defugir de la situació de subordinació ni de l'especialització tècnica de les activitats que desenvolupen, ni de l'ombra de la religió i del gènere.

La nova titulació s'anomena Ajudant Tècnic Sanitari (ATS). La pròpia denominació del títol ja evidència el caràcter tècnic i de subordinació. A la Figura 1, es pot observar com en tots els cursos apareixen dues assignatures: religió i moral professional. Aquesta última fonamentada en la moral catòlica.

### Figura 1

*Assignatures del pla d'estudis de Ajudant Tècnic Sanitari. (Ministerio de Educación Nacional, 1955)*

<p><b>Primer curso</b></p> <p><b>Religión:</b> 30 horas. <b>Moral profesional:</b> 30 horas.  <b>Anatomía funcional:</b> 60 horas. <b>Biología General e Histología Humana:</b> 10 horas desde el comienzo del curso.  <b>Microbiología y Parasitología:</b> 10 horas. <b>Higiene General:</b> 10 horas. <b>Nociones de Patología general:</b> 30 horas.  <b>Formación política:</b> 1 hora semanal. <b>Educación física:</b> 6 horas a la semana.  <b>Prácticas:</b> Técnica de cuidado de los enfermos y conocimientos de material de laboratorio, 4 horas diarias como mínimo.</p> <p><b>Segundo curso</b></p> <p><b>Religión:</b> 30 horas. <b>Moral profesional:</b> 30 horas.  <b>Patología médica:</b> 30 horas. <b>Patología quirúrgica:</b> 60 horas.  <b>Nociones de Terapéutica y Dietética:</b> 40 horas. <b>Elementos de Psicología General:</b> 20 horas.  <b>Historia de la profesión:</b> 10 horas. <b>Educación física:</b> 6 horas semanales.  <b>Formación política:</b> 1 hora a la semana.  <b>Prácticas:</b> 6 horas diarias en clínicas médicas y quirúrgicas y laboratorio.</p> <p><b>Tercer curso</b></p> <p><b>Religión:</b> 30 horas. <b>Moral profesional:</b> 30 horas.  <b>Lecciones teórico-prácticas de especialidades quirúrgicas:</b> 30 horas.  <b>Medicina y Cirugía de urgencias:</b> 30 horas. <b>Higiene y profilaxis de las enfermedades transmisibles:</b> 10 horas.  <b>Obstetricia y Ginecología:</b> 20 horas. <b>Puericultura e Higiene de la infancia:</b> 15 horas.  <b>Medicina social:</b> 10 horas. <b>Psicología diferencia aplicada:</b> 10 horas.  <b>Formación política:</b> 1 hora a la semana. <b>Educación física:</b> 6 horas a la semana.  <b>Prácticas:</b> 6 horas diarias en clínicas hospitalarias correspondientes a todas las enseñanzas del curso.</p>
--

*Nota* Elaboració pròpia. Font: Ministerio de Educación Nacional. *Orden 4 julio 1955* (B.O.E. de 2 de agosto de 1955). En:

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1955-11040> Data de consulta: 2 de desembre de 2019

La vinculació amb la religió es manté al igual que la diferència de gènere en tant que es proposa com a matèries optatives durant els tres cursos, *Enseñanza del Hogar* per a la formació de les dones i *Autopsia Médico Legal* al pla d'estudis que han de cursar els homes. L'elecció d'aquestes matèries és una prova més d'això que s'ha assenyalat al llarg d'aquest repàs: la divisió sexual del treball. Com afirma Collière (1982) el rol social que les dones desenvolupen, està lligat a la fecunditat, vinculat amb la religió i amb el paternalisme com auxiliar del metge. Tanmateix cal assenyalar que els homes rebien la seua formació a les aules de les Facultats de Medicina mentre que les dones ho feien en centres específics i en règim d'internat.

Segons recull Martín Ruíz (2015), entre 1956 i 1976 es varen publicar en España, 33 llibres sobre moral professional destinats a la formació dels ATS. Un d'ells el titulat *Orientación de Moral Profesional*, escrit per Rosa María Miranda, infermera i religiosa, fou un dels més populars. Es recullen a continuació alguns fragments d'aquest text on es fa palès que no sols inclou temes referits a la vocació, o a les qualitats tant morals com físiques i intel·lectuals que haurien de tenir els ATS, homes i dones, sinó també el deure que tenien respecte dels metges:

Dada la naturaleza de su profesión, los ATS trabajan en una estrecha colaboración con los médicos; es el médico el que establece los límites del campo de acción del ATS, quien debe completar sus tareas sin sobrepasar los límites. (Miranda, 1956, p. 45)

El ATS es el ejecutante de los designios terapéuticos del médico, por tanto tiene el deber de aplicar los medios que de éste recibe para curar a los enfermos. Una memoria bien desarrollada es condición primera para cumplir con exactitud esta obligación. (Miranda, 1956, p. 24)

En la noble lucha contra la enfermedad y el sufrimiento el médico necesita la ayuda constante, leal e inteligente del ATS. (Miranda, 1956, p. 25)

La obediencia debe ser, por consiguiente, completa, leal y exenta de cualquier retraso e imprevisión. (Miranda, 1956, p. 29)

La obediencia, base sobre la que descansa la eficaz colaboración entre el médico y el Auxiliar sanitario, deberá ser inteligente y absoluta. (...). Para obedecer bien al médico, es preciso estar bien instruido profesionalmente y tener una noción perfecta de la propia responsabilidad. Esta obediencia absoluta no admite discusión de ningún género. Dentro del ámbito profesional nada puede dispensar al ATS de obedecer estrictamente las órdenes del médico. (Miranda, 1956, p. 45)

Sobre aquesta obligació, Miró et al. (2012) afirmen que les qualitats exigides als ATS, homes i dones, els ajudarien a comprendre i a ajudar a pacients, familiars o metges, sense protestar ni revelar-se. Aquestes qualitats, considerades indispensables haurien de ser: la benevolència, la caritat, la tendresa, la compassió, la discreció, la submissió, la generositat, el sacrifici, la dedicació, entre altres. Amb totes elles es tractava d'aconseguir uns ATS que esdevinguérem, segons Miró et al. (2012).

The ATS as an individual or professional was supposed to be invisible and anonymous. The ATS should not seek the expression of her own personalities; she should leave aside all personal judgment and collaborate modestly and effectively towards a common objective. Hence, collective goals had to prevail over personal achievements. (p.276)

The ATS is subordinated, accepting all orders, worshipping and praising the physician. (...) This professional relationship is based on loyalty to the physician and also on victimization of the ATS. The ATS is responsible for any mistake, delay or lack of foresight that may endanger the treatment of the patient, the efficiency of the work and the climate of collaboration. <sup>4</sup>(p.277)

Es pot constatar que ni el canvi en la titulació, ni la regulació de funcions trenquen eixa relació amb el metge que es consolida com una col·laboració jeràrquica de dominació i poder mèdic (Miró, Gastaldo, Nelson, & Gallego, 2012). Un altra mostra d'aquesta subordinació a la que han de plegar-se els ATS podem trobar-la en el punt 8è del Codi de Moral publicat a l'any 1954 (Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Consejo Nacional de Colegios de Auxiliares Sanitarios. Sección Enfermeras Estatutos Provinciales. Aprobados por *Orden del Ministerio de la Gobernación de 30*

---

<sup>4</sup> Traducció lliure: (p.276) L'ATS esdevé un individu o professional invisible i anònim. L'ATS no deu de buscar l'expressió de la seua personalitat; ha de deixar de banda qualsevol judici personal i col·laborar modesta i eficaçment cap a un objectiu comú. Per tant, les metes col·lectives devien estar per sobre els èxits personals. (p.277) L'ATS està subordinat, accepta totes les ordres, adora i alaba al metge. (...) Aquesta relació professional està basada en la lleialtat al metge i en la "victimització" del ATS. L'ATS és responsable de qualsevol error, retard o imprevisió que pugui posar en perill el tractament del pacient, l'eficàcia del treball i el clima de col·laboració.



*de julio de 1954*. B.O.E. 7 de agosto de 1954). En aquest text trobem: "Los colegiados deben la máxima lealtad al médico, y en su misión ser sus más fieles colaboradores, sometiéndose en todo a su orientación y criterio y absteniéndose de toda clase de críticas y comentarios"

I al punt 19:

Todo colegiado debe suscribir y cumplir el juramento por el que se rigen las profesiones auxiliares sanitarias de todo el mundo:

Prometo solemnemente ante Dios, llevar una vida pura y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. (...). Con lealtad procuraré auxiliar al facultativo en su obra (...)

Camaño Puig (2005), també destaca del text de Miranda que, segons aquesta autora, els ATS han d'alliberar al metge de totes aquelles tasques menys interessants perquè aquest pugui concentrar-se en el seu treball, que com es pot veure en el text anterior està considerat com una *obra*. És com afirma l'autor, una clara devaluació del treball infermer front a la valuosa consideració del temps i el treball mèdic.

Des dels anys 50 al 70 són molts i molt importants els canvis que es van a produir en la societat espanyola i que tindran repercussió en l'organització del sistema sanitari i del personal sanitari. La transformació hospitalària, que es va produir entre els anys 60 i 70 no sols va afavorir la demanda de personal sinó que va encetar una dinàmica diferent que segons Camaño Puig, (2005), va significar el desenvolupament de la professió infermera amb més rigor, mètode i ordre.

Aquesta dinàmica de canvi es consolidarà amb la publicació del *Decreto de 23 de Julio de 1977* (Ministerio de Educación y Ciencia), mitjançant el qual es regulava la integració de les escoles de ATS en la universitat. Així doncs la universitat espanyola ampliarà els seus centres amb les noves Escoles Universitàries d'Infermeria i els seus estudis amb una nova titulació Diplomata Universitari en Infermeria.

Les directrius per a l'elaboració del currículum corresponent a aquesta nova titulació se publica en la *Orden de 31 de Octubre de 1977* i presenta les següents característiques Figura 2.

## Figura 2

*Assignatures del pla d'estudis de Diplomata Universitari en Infermeria.*

<b>Áreas de Conocimiento:</b>		
Ciencias básicas	Ciencias médicas	Ciencias de la enfermería.
Ciencias de la conducta	Salud Pública.	
<b>Cuadro de asignaturas fundamentales</b>		
<b>PRIMER CURSO</b>		
Biofísica y Bioquímica	Enfermería fundamental	
Anatomía y Fisiología evolutiva)	Ciencias de la conducta 1 (Psicología general y evolutiva)	
<b>SEGUNDO CURSO</b>		
Farmacología clínica y dietética	Enfermería médico-quirúrgica I	
Ciencias de la conducta II	Salud Pública I	
Enfermería materno-infantil		
<b>TERCER CURSO</b>		
Farmacología clínica y Terapéutica física	Enfermería médico-quirúrgica II	
Ciencias de la conducta III	Salud pública II	
Enfermería Psiquiátrica	Enfermería geriátrica	

*Nota* Elaboració pròpia. Font: BOE nº 283 de 26 de novembre de 1977. En <https://www.boe.es/boe/dias/1977/11/26/pdfs/A25987-25989.pdf>. Data de consulta: 3 de desembre de 2019

Si es compara el contingut de la Figura 1 amb el de la Figura 2, s'observen importants diferències:

- 1) No apareixen al pla d'estudis de DUI les assignatures de *Religió* i *Moral professional*
- 2) A les directrius del pla de DUI s'indica que els ensenyaments se distribuiran en cinc àrees de coneixement, una de les quals és *ciències de la infermeria*
- 3) S'observa una clara diferenciació entre assignatures pertanyents a l'àrea de coneixement infermeria d'altres, marcant el reconeixement disciplinar de la infermeria.

Aquest canvi formatiu va propiciar un augment de la taxa de feminització del estudis d'infermeria. Segons dades aportades per Siles González (1999), en el curs 1989-90 la taxa de feminització era del 84,21%(p.291). Aquesta taxa es manté pràcticament igual fins a hores d'ara.

Durant la nostra experiència docent a la Universitat de València hem anant recollint dades sobre la composició de l'alumnat matriculat en la titulació d'Infermeria. A la Facultat d'Infermeria i Podologia es manté la taxa de feminització elevada que se situa entre el 75% i el 85% de dones front al 25% i el 15% d'homes. Es vol destacar un aspecte que considerem important en el context d'aquesta tesi. Durant els primers anys de la Diplomatura en Infermeria, els homes que se matriculaven ho feien

majoritàriament perquè no havien pogut obtenir plaça en altra titulació: Medicina, Fisioteràpia; Odontologia. Però al curs 2005-2006 es va detectar que un 62,5% d'estudiants que es matricularen, ho van fer triant Infermeria com a primera opció de matrícula, front a un 37,5% que volien matricular-se en Medicina. Mentre que entre les estudiantes matriculades sols un 60,1% volien com a primera opció Infermeria, front a un 39,9% que volien matricular-se en Medicina, Odontologia o Fisioteràpia. Des de la nostra perspectiva aquests números ens poden estar anunciant un canvi de paradigma social. En eixe paradigma patriarcal que hem estat immerses, l'atenció a les persones ha recaigut sobre les dones convertint-se en una tasca invisible, com totes aquelles que hem desenvolupat, subsidiària de la Medicina que sempre a gaudit d'un especial reconeixement social. Les taxes que s'han assenyalat mostren un trencament d'eixos estereotips i són, sens dubte, una bona notícia per al procés de professionalització de les cures.

Pel que fa a la regulació de les funcions d'aquests nous titulats, els canvis no són ni tan ràpids ni tan evidents. Camaño Puig (2005) assenjala que en la norma reguladora de les activitats dels professionals d'infermeria, que continuarà vigent, es manté la vinculació dels deures professionals amb l'ajuda al metge o la col·laboració amb altres professionals.

A l'any 1984, el Ministerio de Sanidad y Consumo, aprova i publica el *Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud* (1984) on queden recollides les funcions dels equips d'atenció primària. Aquestes funcions, segons el decret han de realitzar-se mitjançant el treball en equip. Així doncs la figura de l'infermer i la infermera esdevé com una peça essencial amb un paper clau en l'atenció a la salut de les persones, que haurà de desenvolupar-se des d'una posició d'autonomia.

A l'any 1991 es publica al Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, *l'Ordre de 20 de novembre que regula l'organització i funcionament dels Equips d'Atenció Primària de la Comunitat Valenciana* (Conselleria de Sanidad y Consumo, 1991). A l'article 30 d'aquesta ordre apareixen descrites les funcions del personal d'infermeria. A l'apartat *Funcions del personal d'infermeria* trobem:

1. Aplicar el pla d'atencions d'infermeria en aquells pacients que el requeresquen, en les diferents modalitats d'atenció, de forma coordinada amb la resta de membres de l'EAP i registrar convenientment la dita activitat.
2. Aplicar els tractaments que es deriven de l'atenció mèdica i informar al pacient o a la seua família sobre la seua correcta administració.
3. Realitzar les activitats d'educació per a la salut, detecció de riscos, obertura d'històries; com també el seguiment dels pacients, la petició de proves complementàries i la realització de controls de salut periòdics segons els protocols i programes establerts.
4. Supervisar el proveïment, bon estat i conservació del material del centre de salut.
5. Participar en l'elaboració i execució de programes de salut, així com en totes les tasques comunes de l'EAP.
6. Registrar i avaluar l'activitat realitzada.
7. Aquelles altres que els corresponguen com a membres de l'EAP

Si es revisen aquestes funcions es pot veure com el paper subordinat i

d'ajudant que havien desenvolupat els Ajudants Tècnics Sanitaris i que, malgrat la seua formació, havien heretat els diplomats universitaris en infermeria, van quedant enrere dibuixant-se un professional infermer i infermera amb reconeixement de la seua autonomia, amb capacitat per prendre decisions i amb responsabilitat com es pot veure seguidament.

## **1.2. Marc Legal i Deontològic de l'activitat infermera**

A continuació es mostren dos textos legals i tres textos ètics professionals, que es consideren clarificadors respecte del canvi que ha experimentat la professió.

En primer lloc ens referirem al *Real Decreto 1231/2001*, al Título III, Capítulo I es parla de Principios básicos de la profesión de Enfermería y los Principios del ejercicio profesional. En aquest decret es pot trobar la descripció de la *Misión de la Enfermería* i de *Cuidados de Enfermería*. Entre els articles que conformen aquest decret ens centrarem en els articles 53 i 54.

A l'article 53 podem trobar descrita la *Misión de la Enfermería*, en els seus diferents apartats:

1. Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.

2. Conforme a lo previsto en la Constitución y en la legislación sobre Colegios Profesionales, de acuerdo con la legislación específica sobre obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales así como de sus efectos académicos y habilitantes, el enfermero generalista, con independencia de su especialización, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna.

A l'article 54, es descriuen aspectes relatius a *Cuidados de enfermería*.

1. Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.

2. Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.

3. Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.

En aquest articulat queda establert que la competència dels infermers i les infermeres són les cures d'infermeria, de les quals són responsables. L'atribució d'un àrea de competència pròpia així com el reconeixement de la responsabilitat sobre eixa àrea, són dues condicions que marquen el caràcter professional de l'activitat de tenir cura de la salut de les persones que exerceixen els infermers i les infermeres.

Aquest caràcter professional es veu recollit al segon text legal al que es feia referència anteriorment. Es tracta de la *Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias* (Jefatura del Estado, 2003). En aquesta llei queda establert que els infermers i les infermeres s'inclouen dins del grup de *professions sanitàries titulades*. La seua permanència en aquest grup, com



es pot veure en el text següent, obliga a aquests professionals a assolir responsabilitats, prendre decisions autònomes, conèixer a les persones a les que atenen i respectar les seues decisions, a treballar en equip i actuar en base a la millor evidència possible.

Artículo 4. Principios generales:

(...)

3. Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias.

4. Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.

5. Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.

6. Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional.

7. El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:

a) Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica (...).

b) (...). Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.

c) La eficacia (...)

d) La continuidad asistencial de los pacientes (...)

e) La progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

8. Para (...)

9. Con la finalidad (...)

Artículo 5. Principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos.

1. La relación entre los profesionales sanitarios y de las personas atendidas por ellos, se rige por los siguientes principios generales:

a) Los profesionales tienen el deber 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 esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.

b) Los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos.

c) Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.

d) Los pacientes(...)

e) Los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden, así como a conocer la categoría y función de éstos, si así estuvieran definidas en su centro o institución.

f) Los pacientes (...)

2. Para (...)

(...)

Artículo 9. Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo.

1. La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.

2. El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos.

3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

4. Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas

dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse. Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.

5. Los equipos de profesionales, una vez constituidos y aprobados en el seno de organizaciones o instituciones sanitarias serán reconocidos y apoyados y sus actuaciones facilitadas, por los órganos directivos y gestores de las mismas. Los centros e instituciones serán responsables de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación en las tareas y funciones que les sean encomendadas en el proceso de distribución del trabajo en equipo.

Si s'analitza el contingut d'aquests dos textos legals es pot concloure que la activitat desenvolupada pels infermers i les infermeres és, a hores d'ara, una activitat professional. Les seues funcions estan regulades legalment i està fonamentada en un coneixement propi que són *les cures infermeres*, que creix i es consolida mitjançant la investigació.

Pel que fa a la regulació ètica-professional, ens referirem a tres codis deontològics: *Código Ético del CIE* (Consejo Internacional de Enfermería) edició de 2021; *Código Deontológico de la Enfermería Española* (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España) edició 1998; *Codi d'Ètica i Deontologia de la Infermeria de la Comunitat Valenciana* (Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana) edició 2016.

S'han seleccionat els articles que fan referència a la responsabilitat ètica professional de les infermeres i infermers envers el seus companys i companyes de l'equip de salut i altres on queda de manifest quina és la seua responsabilitat ètica professional envers les persones a les que atenen.

Al *Codi del CIE* (Consejo Internacional de Enfermería, 2021) trobem que l'apartat 1 titulat *La enfermera y los pacientes u otras personas que requieren cuidados o servicios* diu:

1.1. La responsabilidad profesional primordial de la enfermera es para con las personas que necesiten cuidados y servicios profesionales de enfermería tanto en la actualidad como en el futuro, ya sean personas, familias, comunidades o poblaciones (...).

(...)

1.8. Las enfermeras demuestran valores profesionales como el respeto, la justicia, la capacidad de respuesta, la bondad, la compasión, la empatía, la honradez y la integridad. Apoyan y respetan la dignidad y los derechos universales de todas las personas, en particular los pacientes, colegas y familias.

A l'apartat 2 sobre *La enfermera y la pràctica* diu:

2.3 La enfermera ejerce dentro de los límites de su competencia individual y su ámbito de práctica regulado o autorizado, y usan el juicio profesional al aceptar y delegar responsabilidad.

(...)

2.5 Las enfermeras observan estándares de conducta personal en todo momento. Se reflejan bien en la profesión y potencian su imagen y confianza pública.

(...)

2.7 Las enfermeras son defensores de los derechos de los pacientes y mantienen una cultura de la práctica que promueve un comportamiento ético y el diálogo abierto.

(...)

2.10 Las enfermeras emprenden acciones adecuadas para salvaguardar a las personas, familias, comunidades y poblaciones cuando un compañero de trabajo, otra persona, una normativa, una intervención o un mal uso de la tecnología pone en peligro su salud.

A l'apartat 3 sobre *La enfermera y la profesión* diu:

(...)

3.3 Las enfermeras trabajan activamente para desarrollar y apoyar un conjunto central de valores profesionales.

Pel que fa al *Código Deontológico de la Enfermería Española* (1998), al Capítol II *La enfermería y el ser humano: deberes de las enfermeras/os*, es recull:

(...)

Artículo 10.

Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta

se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

#### Artículo 11.

De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro de salud más adecuado.

#### Artículo 12.

La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud, teniendo en cuenta, en todo momento que éste se encuentre en condiciones y disposiciones de entender, aceptar o decidir por si mismo.

#### Artículo 13.

Si la Enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

Al Capítol X, sobre *Normas comunes en el ejercicio de la profesión*, diu:

#### Artículo 52.

La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus



cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes

(...)

Artículo 56.

La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio y su profesión.

(...)

Artículo 61.

La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

Artículo 62.

Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.

Artículo 63.

Para lograr el mejor servicio de los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebatase su propia autonomía profesional.

(...)

Artículo 65.

Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.

Artículo 66.

La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de buena educación y cortesía.

*El Codi d'Ètica i Deontologia de la Infermeria de la Comunitat Valenciana*, se publica en 2016 per el Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (2016) i del seu contingut es destaca el següent:

*Al punt I, sobre La Infermera i les persones*

Article 1. Valors fonamentals.

Els valors fonamentals que han de presidir la praxi en infermeria són el reconeixement i respecte de la dignitat inalienable de tota persona i la solidaritat materialitzada en les actituds bàsiques de disponibilitat, cordialitat i compassió.

La infermera haurà de tenir sempre present com a valor fonamental que deriva de la finalitat intrínseca de la seua actuació l'atenció integral de les persones amb la major qualitat possible.

La relació de la infermera amb les persones destinades a la seua atenció serà de mutu respecte i confiança i es desenvoluparà en un marc de professionalitat.

(...)

Al punt III. *La infermera i la professió*

3.1. *La infermera i l'exercici professional*

Article 30. Autonomia professional.

La infermera, com a professional de la salut titulada i col·legiada, posseeix un legítim àmbit d'autonomia, tècnica i científica, en l'exercici de les seues funcions d'atenció que sempre ha de preservar. D'igual manera, coneixerà i respectarà l'àmbit de funcions pròpies de la resta de professions sanitàries.

Article 31. L'equip de salut.

La infermera serà sempre conscient que forma part d'un equip de salut en el qual ha d'integrar-se i amb el qual ha de col·laborar. En conseqüència, donarà a conèixer a la resta dels components de l'equip els criteris propis en qüestions de la seua competència que hauran d'estar validats per l'evidència científica

La infermera compartirà amb el seu equip de salut, amb altres professionals i amb els estudiants d'Infermeria, els coneixements i experiències que contribuïsqen al millor servei cap a les persones i a l'avanç de la professió.

La infermera mai emetrà, en presència de pacients o tercers, crítiques o judicis negatius contra cap membre de l'equip assistencial.

Article 32. Delegació de tasques o activitats. La infermera s'assegurarà que la persona en la qual delegue alguna de les seues tasques o activitats, quan açò procedisca, estiga realment capacitada

per a assumir-la i desenvolupar-la amb la competència exigida i mantenir la responsabilitat de la tasca delegada.

Article 35. Promoció de les atencions de la salut.

La infermera s'implicarà decididament en la promoció de les atencions de la salut a través de la informació i la formació d'hàbits saludables en les persones que atén i el seu entorn, col·laborarà en els programes promoguts en aquest sentit per les autoritats sanitàries i procurarà participar en recerques epidemiològiques i experimentals dirigides a la millora de la qualitat de vida i del treball.

Tot això que s'ha referit anteriorment, ens mostra que les infermeres i infermers a hores d'ara:

- no són un col·lectiu que actua subordinat a les ordres mèdiques
- el seu àmbit d'actuació ja no són les tasques fonamentalment tècniques, destinades a l'acompliment del tractament mèdic i d'ajuda per al diagnòstic
- ha quedat superada l'ombra de la religió catòlica
- la infermera ha ocupat l'espai comunitari deixant enrere la seua imatge vinculada a l'entorn hospitalari

Malgrat això la seua vinculació al gènere es manté, la qual cosa des de la nostra perspectiva continua entrebancant la seua consolidació com activitat professional.

## **CAPÍTOL 2. Context en el que es desenvolupa la formació de les infermeres**

Ospina Rava et al. (2005), consideren que els coneixements no són suficients quan parlem de formació per a tenir cura de la salut de les persones. És necessari la concurrència d'un conjunt d'actituds per a que així els infermers i les infermeres desenvolupen la capacitat que requereix la cura de la salut dels col·lectius. Així doncs és necessari conèixer com és el context on es desenvolupa el procés d'ensenyament aprenentatge dels futurs infermers i infermeres.

En aquest apartat es repassarà breument com és eixe Espai Europeu d'Educació Superior (en davant EEES) sobre el que descansa en aquests moments la formació en la universitat espanyola<sup>5</sup>. Es descriurà quines són les característiques de la Universitat de València i per últim com és la Facultat d'Infermeria i Podologia i el títol de Grau en Infermeria.

### **2.1. Espai Europeu d'Educació Superior: Saber, Saber ser, Saber estar**

Amb la finalitat de promoure la convergència en els sistemes nacionals europeus d'educació superior, pel que fa a la competitivitat internacional i la mobilitat acadèmica i professional, es desenvolupa l'EEES. Aquesta convergència haurà de respectar la diversitat afavorint la compatibilitat i comparabilitat d'aquests sistemes i la cooperació europea per garantir la

---

<sup>5</sup> Per a l'elaboració d'aquest apartat he comptat amb l'ajuda del Dr. Javier Molina García i la Dra. Ana Queralt Blasco que posaren a la meua disposició els seus projectes docents. Moltes gràcies.

qualitat dels ensenyaments superiors (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2003).

De manera breu es presenta una descripció de com ha estat el procés de creació de l'EEES<sup>6</sup> que s'inicia a l'any 1998, amb la signatura de la *Declaración de La Sorbona*, per part de França, Alemanya, Itàlia i Regne Unit.

Seguiran la *Declaración de Bolonia*, 1999, on participaran els ministres d'educació superiors de 29 països europeus. En aquesta reunió queden marcades les línies principals per a l'organització dels estudis universitaris i la mobilitat dintre de l'espai europeu: adopció d'un sistema de titulacions comprensible i comparable; els estudis estaran organitzats en dos nivells principals; i el desenvolupament d'un sistema comú de crèdits: *European Credit Transfer System* (en davant ECTS) *Sistema de Transferencia de Créditos Europeos*.

Aquesta declaració de *Bolonia* fou el detonant per a que 31 països europeus acordaren definitivament la creació de l'EEES, amb el compromís d'implementar-lo abans de l'any 2010. A hores d'ara tant els estats membres de la Unió Europea com els associats han posat en marxa les reformes necessàries per adaptar els seus sistemes nacionals d'ensenyament superior.

---

<sup>6</sup> Els textos emesos com a resultat de les reunions mantingudes des de la creació de l'EEES i les diferents revisions, fins a l'any 2018 poden consultar-se en: <https://www.unibasq.eus/es/publicaciones-eees/> (data de consulta 20 de febrero de 2021)

Des de l'any 1999 fins a l'actualitat han anat succeint-se diversos encontres ministerials amb la finalitat de valorar i avaluar la implantació del procés i incorporar noves idees o orientacions.

En el *Comunicado de Praga 2001*, s'introdueixen noves idees de les quals volem destacar dues: la consideració de que l'aprenentatge al llarg de la vida és un element essencial per obtenir una major competitivitat europea, per millorar la cohesió social, la igualtat d'oportunitats i la qualitat de vida. I el reconeixement de la participació dels estudiants i estudiantes en l'organització i contingut de l'educació en les universitats i altres institucions d'educació superior.

El compromís en aquest projecte és ferm i continuen les reunions periòdiques amb l'objectiu de mantenir una avaluació i renovació constant de l'EEES. A l'any 2003 la Conferència de Ministres d'Educació europeus se celebra a *Berlín*. En aquest encontre es confirma el sistema de titulacions organitzades en tres cicles –grau, postgrau, doctorat– naix el compromís de donar suport al desenvolupament de l'acreditació de la qualitat en l'educació superior a nivell institucional, nacional i europeu, i amb el desenvolupament de l'aprenentatge al llarg de la vida.

A l'any 2005 a *Bergen* torna a reunir-se la conferència de Ministres Europeus d'Educació. L'objectiu és fer balanç d'allò aconseguit fins ara i fixar objectius i prioritats fins al 2010. El desenvolupament de la investigació; afavorir la qualitat del nivell doctoral i la consideració de l'alumnat de tercer cicle com a investigadors i investigadores inicials; formen part de les línies que es marquen en la conferència de Bergen.

La cinquena conferència de Ministres d'Educació Superior serà a *Londres*, els temes a debat tornen a ser de caràcter administratiu però també ideològic insistint en el valor de l'aprenentatge al llarg de la vida i la dimensió social de l'ensenyament universitari.

Entre els anys 2009 i 2020, es celebren sis nous encontres: *Lovaina* 2009; *Budapest-Viena* 2010; *Bucarest* 2012; *Yerevan* 2015; *París* 2018 i *Roma*<sup>7</sup> 2020.

A *Lovaina*, se destacarà com a rellevant la cooperació que s'ha consolidat entre les diferents institucions educatives europees i s'emfatitza en la importància de l'aprenentatge centrat en l'estudiant i l'estudianta, assenyalant que aquest nou paradigma requereix: el reforçament de l'alumnat en la seua individualitat; equipar a l'alumnat de les habilitats i competències necessàries per a la seua professió; un canvi en el procés d'ensenyament aprenentatge; estructures de suport i orientació; i plans d'estudis centrats clarament en l'alumne o alumna al llarg dels tres cicles.

En la *Declaración de Budapest-Viena*, s'insisteix en la necessitat de que les institucions d'educació superior milloren els processos d'ensenyament aprenentatge, i es destaca novament la importància d'aconseguir un aprenentatge centrat en l'estudiant i la estudianta, d'afavorir sinergies entre professorat, investigadors i investigadores, mitjançant la construcció de xarxes internacionals.

---

<sup>7</sup> Aquesta reunió es va celebrar amb caràcter virtual el 19 de novembre de 2020. Es pot consultar el document d'acords en: <https://acpua.aragon.es/es/noticias/conferencia-ministerial-del-ees-roma-2020> (data de consulta 20 de febrer de 2021)



Serà a la conferència de *Bucarest* quan es presenta l'informe d'implantació que revelarà les grans diferències en els nivells d'implantació en els diferents països europeus. Es necessita una major coherència entre: la transició al sistema de tres cicles, l'ús dels crèdits ECTS, el suplement al títol, el reforç de la qualitat i el marc de qualificacions, incloent l'avaluació dels resultats d'aprenentatge.

En el *Comunicado de Yerevan* es recull el reconeixement a l'ideari enunciat en Bolonia, que va inspirar amb èxit l'EEES, però per poder obtenir el màxim potencial d'aquest projecte es declaren necessàries la millora continua dels sistemes d'educació superior i una major participació de les comunitats acadèmiques.

En la reunió de París, es confirma la inclusió del suplement europeu al títol recomanant la utilització d'un model únic i idèntic per a tots els països i es ratifiquen els compromisos de confirmar el sistema de tres cicles i garantir la qualitat de l'EEES.

En novembre de 2020 a Roma la conferència de Ministres de l'Espai Europeu d'Educació Superior va mantenir una reunió de caràcter virtual. Les conclusions d'aquesta conferència, en la que se posa de manifest l'efecte de la pandèmia de la COVID-19, queden recollides en dos documents i tres annexes <https://acpua.aragon.es/es/noticias/conferencia-ministerial-del-eees-roma-2020>.

Els assistents reconeixen que es continua avançant en l'EEES, fins i tot parlen de *èxits impressionants* però encara persisteixen diferències que qualifiquen de *alarmants* en alguns contextos i proposen, entre altres, la conveniència de permetre i fomentar la participació de l'alumnat en la garantia de la qualitat de l'ensenyament.

Fan palès el compromís de construir una comunitat d'educació superior sostenible, fortament connectada, inclusiva i innovadora.

Recomanen a les autoritats públiques que tenen al seu càrrec l'educació superior, el seu compromís per fer realitat l'aprenentatge centrat en l'estudiant i estudianta mitjançant el suport a les institucions d'educació superior, el foment de la millora contínua de la docència i l'enfortiment de la capacitat de les institucions i sistemes educatius superiors per a millorar l'aprenentatge i l'ensenyament.

El marc educatiu europeu posa de manifest la necessitat de una millora contínua en els sistemes europeus d'educació superior sempre mantenint un equilibri entre la diversitat dels sistemes nacionals i les universitats, pel que fa a cultura, llengua i objectius, i la unitat, afavorint la transparència entre els sistemes d'educació superior i el desenvolupament d'instruments que faciliten el reconeixement de les titulacions, les qualificacions acadèmiques, la mobilitat i els intercanvis entre institucions.

Cal destacar que la creació de l'EEES no sols ha generat propostes de canvi de caràcter administratiu per als sistemes nacionals d'educació superior sinó també ha propiciat un canvi de paradigma en el procés ensenyament-aprenentatge en el context universitari. Aquest nou paradigma situa a l'alumnat en el lloc preferent en aquest procés (Weimer, 2002) i els conceptes habilitat i competència, determinen que la finalitat del procés ensenyament-aprenentatge no pot restringir-se a *saber* sinó que ha d'ampliar-se fins a aconseguir *saber ser i saber estar*. I és en aquest punt on considerem que el desenvolupament d'actituds durant el període

formatiu s'ha de convertir en un objectiu prioritari en el disseny dels títols universitaris i concretament en el títol de Grau en Infermeria.

## **2.2. La institució universitària i la Universitat de València Estudi General**

La formació de les infermeres s'incorpora a la Universitat a l'any 1977. Les universitats són possiblement les institucions més antigues d'Europa (Salinas Ibáñez, 2008). Les primeres referències en el món occidental podem trobar-les a l'Edat Mitjana. La seua denominació inicial *studium generale* assenyalava la seua finalitat de compendiar els sabers generals. Posteriorment passarien a ser nombrades com *universitas*, mot aplicat en l'Edat Mitjana a qualsevol comunitat organitzada independentment de la seua finalitat.

Les constitucions fundacionals de la Universitat de València Estudi General són redactades a l'any 1499 pels Jurats de la ciutat de València. A l'any 1501 el papa Alexandre VI<sup>e</sup> dicta la butlla d'aprovació definitiva mitjançant la qual queden reconeguts per a tota la cristiandat tots els títols emesos.

Des d'aleshores tant la Universitat de València com la resta de les universitats espanyoles han anat creixent, canviant i modificant-se sense perdre la seua essència d'espais per aprendre, compartir i generar coneixements. Les diferents lleis d'ordenació universitària han marcat la dinàmica en eixe procés de canvi de manera que a hores d'ara les universitats espanyoles són institucions autònomes que produeixen i transmeten cultura de manera crítica; on docència i investigació són indissolubles; són espais garants de la llibertat d'investigació i ignorants de

qualsevol frontera geogràfica o política, dintre de l'Espai Europeu d'Educació Superior (Martínez Usurralde, 2007).

Pel que fa a la Universitat de València Estudi General, volem destacar dos dels articles que figuren en el Títol Preliminar dels seus Estatuts, on queda recollida la natura i els fins de la Universitat [https://www.uv.es/sgeneral/epub/estatuts\\_UV\\_2013\\_val\\_ebook.pdf](https://www.uv.es/sgeneral/epub/estatuts_UV_2013_val_ebook.pdf).

Article 3. La Universitat de València, en tant que servei públic, té com a missió impartir els ensenyaments necessaris per a la formació dels estudiants, la preparació per a l'exercici d'activitats professionals o artístiques i l'obtenció, si escau, dels títols acadèmics corresponents, així com per a l'actualització permanent del coneixement i de la formació del seu personal i del professorat de tots els nivells d'ensenyament. La Universitat de València fomenta la recerca, tant bàsica com aplicada, i el desenvolupament científic i tecnològic. Així mateix, amb les garanties de racionalitat i universalitat que li són pròpies, és una institució difusora de cultura en el si de la societat. La Universitat de València facilita, estimula i acull les activitats intel·lectuals i crítiques en tots els camps de la cultura i del coneixement. En el compliment de totes aquestes funcions, la Universitat de València tindrà present l'harmonia dels sabers, originats en el desenvolupament del pensament humà i destinats al perfeccionament de les persones i de llur convivència en una societat plural i democràtica.

Article 4. La Universitat de València està al servei del desenvolupament intel·lectual i material dels pobles, del progrés del coneixement, de la pau, de la igualtat entre les dones i els homes i

de la defensa ecològica del medi ambient. Les activitats universitàries no han de ser mediatitzades per cap mena de poder social, polític, econòmic o religiós.

Així doncs la Universitat de València té com a objectiu consolidar-se com una institució amb prestigi tant nacional com internacional. Per aconseguir aquest objectiu i tot i tenint en compte la seua grandària i complexitat, la Universitat de València des de l'any 2008 ha iniciat un procés de reflexió identificant els factors claus que li permeten aconseguir amb èxit l'adaptació als canvis i reptes. D'aquesta reflexió naix el primer *Pla Estratègic de la Universitat de València (2008-2011)*.

En aquests moments es troba en vigor el tercer *Pla Estratègic de la Universitat de València (2016-2019)* desenvolupat en quatre estratègies: Ensenyament; Investigació; Transferència i Innovació; i Vida de Campus i Participació. Pot consultar-se en la següent adreça [https://www.uv.es/corporate/peuv/PEUV\\_2016-19\\_v2.pdf](https://www.uv.es/corporate/peuv/PEUV_2016-19_v2.pdf) (consultat 23 de març de 2021)

Per fer efectiu el compromís de la Universitat de València amb la igualtat entre homes i dones (article 4 dels Estatuts de la Universitat de València) la Universitat de València elabora el *I Pla d'Igualtat (2010-2012)* amb l'objectiu d'establir les bases sobre les que hauria de moure's la igualtat entre homes i dones a la nostra universitat. Al *II Pla d'Igualtat (2013-2017)*, tot i mantenir els principis recollits en el primer, es concreten mesures i la responsabilitat institucional i la de les persones que des de l'ensenyament, la gestió, la investigació, i la cultura han de respondre a l'obligació legal de fer del principi d'igualtat, un dels principis rectors de la Universitat de

València en tots els seus camps d'actuació. El *III Pla d'Igualtat (2019-2022)* està articulat en quatre eixos: les persones; els processos clau; la governança i l'observatori; i la cultura de la igualtat. Cadascun d'aquests eixos ve acompanyat d'uns objectius, unes accions específiques i uns indicadors. Es pot consultar en la següent adreça: <https://www.uv.es/igualtat/webnova2014/IIIPlan.pdf> (consultat 23 de març de 2021)

Per tal de garantir la qualitat del sistema universitari nacional naix, a l'any 2002, la *Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación*, en davant ANECA, com un òrgan que haurà d'aportar garantia externa de qualitat al sistema universitari, contribuint a la seua millora constant. (Molina García, 2020). A partir d'aquest moment les diferents Comunitats Autònomes constitueixen les seues agències de qualitat. A la Comunitat Valenciana se denomina Agència Valenciana d'Avaluació i Prospectiva (en davant AVAP) creada per la *Llei 5/2006, de 25 de maig*, de la Generalitat. <https://avap.es/es/marco-legal/>.

En aquest escenari la Universitat de València i la resta de les universitats espanyoles organitzen els seus estudis en un primer nivell o *Grau*, que permetrà obtenir una titulació que capacitarà per a l'exercici professional en el mercat laboral europeu; un segon nivell de *Postgrau* al que es pot accedir després d'haver superat el primer nivell, i que permetrà obtenir la titulació de *Màster* i/o *Doctorat*. La regulació d'aquesta nova estructura va quedar recollida als *Reals Decrets 55 i 56 de 2005*<sup>8</sup>. Posteriorment s'han publicat

---

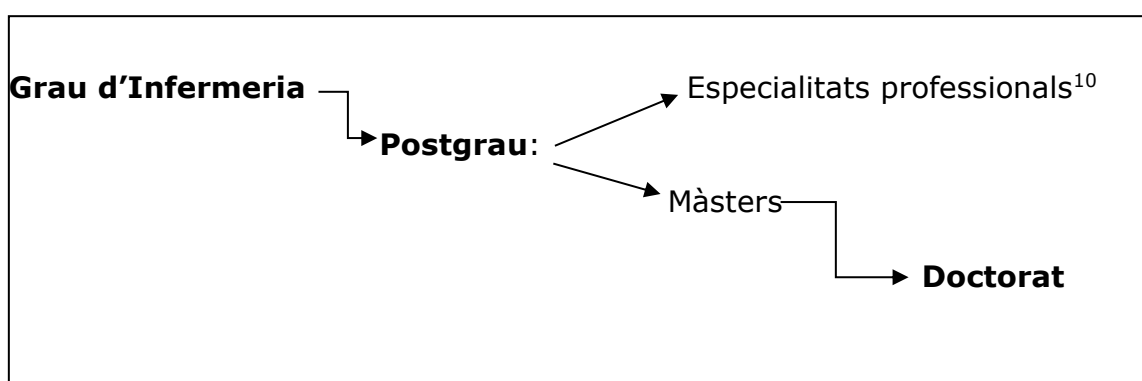
<sup>8</sup> *Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de grado. Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado.* El contingut d'aquests decrets pot consultar-se en les següents adreces:

nous decrets que han modificat i/o millorat aquesta estructura. A hores d'ara i amb la publicació del Reial Decret 43/2015<sup>9</sup> es permet l'activació de graus entre 180 i 240 ECTS i màsters entre 60 i 120 ECTS.

Així doncs, la formació dels infermers i les infermeres està estructurada en tres nivells:

### **Figura 3.**

*Organització dels estudis universitaris*



### **2.3. Facultat d'Infermeria i Podologia de la Universitat de València**

Per concloure aquest apartat sobre el marc institucional, en primer lloc pararem atenció en la Facultat d'Infermeria i Podologia de la Universitat de València que juntament amb els centres adscrits Escuela Universitaria de

---

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/01/21/55>;  
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/01/21/56>

<sup>9</sup> Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales; y el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado.

El contingut d'aquest decret es pot consultar en la següent adreça:  
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/02/02/43>

<sup>10</sup> Les especialitats infermeres van quedar regulades pel Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Pot consultar-se en <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450/con>

Enfermería La Fe (València) i la Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora del Sagrado Corazón (Castelló de la Plana), aquesta última desapareguda recentment, han estat fent-se càrrec de la formació dels infermers i les infermeres a la Universitat de València. A continuació es descriu breument el pla d'estudis de Grau en Infermeria prestant atenció a les competències i comentant les metodologies d'aprenentatge utilitzades.

La Facultat d'Infermeria i Podologia de la Universitat de València naix a l'any 2011<sup>11</sup> (*Decret 116/2011 de 9 de setembre del Consell, DOGV 12 de setembre de 2011*) com la transformació de l'Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de València. En aquest centre s'imparteixen dues titulacions de grau: Grau en Infermeria i Grau en Podologia; un títol de postgrau Màster en Infermeria Oncològica; i el programa de Doctorat en Infermeria Clínica i Comunitària.

El pla d'estudis del Grau en Infermeria s'estructura en tres mòduls, atenent a la Ordre CIN/2134/2008<sup>12</sup>:

- ✓ Mòdul de Formació Bàsica Comuna, amb una càrrega de 60 crèdits ECTS
- ✓ Mòdul de Ciències de la Infermeria, amb una càrrega de 60 crèdits ECTS
- ✓ Mòdul de Pràctiques Tutelades i Treball Fi de Grau, amb una càrrega de 90 crèdits ECTS

---

<sup>11</sup> [http://www.dogv.gva.es/datos/2011/09/12/pdf/2011\\_9319.pdf](http://www.dogv.gva.es/datos/2011/09/12/pdf/2011_9319.pdf) Data de consulta: 22 de març de 2021.

<sup>12</sup> <https://www.boe.es/eli/es/o/2008/07/03/cin2134> Data de consulta 24 de març de 2021



Atenent a les directrius de la Universitat de València pel que fa als estudis de grau, s'incorporen dos mòduls al pla d'estudis:

- ✓ Mòdul de Matèries Pròpies de la Universitat de València
- ✓ Mòdul de Formació optativa

El nombre total de crèdits que cal cursar per obtenir el Grau d'Infermeria és de 240 ECTS. A la següent adreça es poden consultar les Guies Acadèmiques de les diferents matèries. [https://www.uv.es/infedocs/guies/Guies\\_academiques\\_grau\\_infermeria\\_VLC.pdf](https://www.uv.es/infedocs/guies/Guies_academiques_grau_infermeria_VLC.pdf) (data de consulta 24 de març de 2021).

En aquestes guies es pot veure la relació de competències associades a cadascuna de les assignatures i les metodologies didàctiques que es proposen.

Les competències, que poden consultar-se en: <https://www.uv.es/uvweb/universitat/ca/estudis-grau/oferta-graus/oferta-graus/grau-infermeria-1285846094474/Titulacio.html?id=1285847387010&plantilla=UV/Page/TPGDetaill&p2=3-1>, (data de consulta 24 de març de 2021), estan agrupades en competències bàsiques; competències generals; i competències específiques, i en el conjunt de les diferents assignatures es pot observar com no sols es recullen competències associades a l'adquisició de coneixements, és a dir al *saber*, sinó també al *saber ser* i *saber estar*.

A continuació es fa referència a algunes de les competències generals establertes al títol de Grau en Infermeria de la Universitat de València. Són competències que es consideren associades a les actituds tractades en

aquest projecte, i que hauria d'aconseguir l'alumnat al llarg de la seua formació.

**CG2:** Ser capaç, en l'àmbit de la infermeria, de prestar una atenció sanitària integral i professional adequada a les necessitats de salut de la persona, la família i la comunitat que atenen, des del reconeixement al dret a la salut dels ciutadans i ciutadanes, i d'acord amb l'estat de desenvolupament dels coneixements científics de cada moment i amb els nivells de qualitat i seguretat que estableixen les normes legals i deontològiques aplicables.

**CG3:** Reconèixer el dret a la salut, aplicar el principi d'equitat social a la pràctica professional i comprendre les implicacions ètiques de la salut en un context mundial en transformació.

**CG8:** Comprendre les persones, considerant-les des d'una perspectiva holística com a éssers autònoms i independents, actuant sense prejudicis, assegurant el respecte a les seues opinions, creences i valors, garantint el dret a la intimitat, per mitjà de la confidencialitat i el secret professional.

**CG9:** Promoure i respectar el dret de participació, informació, autonomia i el consentiment informat en la presa de decisions de les persones ateses, d'acord amb la forma en que viuen el procés de salut-malaltia i mort.

**CG10:** Conèixer i aplicar el codi ètic i deontològic de la infermeria espanyola, i comprendre les implicacions ètiques de la salut en un context mundial en transformació.

**CG11:** Treballar en equip, entenent aquest com a unitat bàsica en que s'integren, estructuren i organitzen, de forma uni- o

multidisciplinària i interdisciplinària, els professionals i altre personal de les organitzacions assistencials, com a forma d'assegurar la qualitat de l'atenció sanitària.

**CG12:** Mantenir i actualitzar la competència professional, prestant una importància especial a l'aprenentatge de manera autònoma de nous coneixements i tècniques i a la motivació per la qualitat en l'atenció a la salut.

**CG15:** Reconèixer els elements essencials de la pràctica professional en els àmbits de la persona, la família i la comunitat.

**CG18:** Dissenyar sistemes de cures dirigides a persones, família, grups i comunitat, orientades als resultats en salut, i avaluar-ne l'impacte i establir les modificacions oportunes.

**CG19:** Promoure i respectar el dret de participació, informació i autonomia en la presa de decisions de les persones ateses, d'acord amb la forma en que viuen el seu procés de salut-malaltia i mort.

**CG20:** Protegir la salut i el benestar de les persones, família i grups atesos, i garantir una atenció integral.

**CG21:** Promoure estils de vida saludables per part de la persona, la família i la comunitat, que fomenten l'autocura en el maneig de la salut.

**CG22:** Realitzar les cures d'infermeria basant-se en l'atenció integral de la salut, la cooperació multidisciplinària, la integració dels processos i la continuïtat assistencial, en coordinació amb tots els nivells de l'atenció sanitària i d'altres recursos i serveis socio-sanitaris.

**CG24:** Desenvolupar accions d'educació per a la salut utilitzant les estratègies adequades a les persones, famílies i comunitats, i posar a

l'abast de la població i en un llenguatge comprensible la informació científica i les recomanacions que se'n deriven.

**CG26:** Establir una comunicació veraç, eficaç i respectuosa amb pacients, família, grups socials, altres professionals i mitjans de comunicació, tant de forma oral com escrita, i fomentar l'educació per a la salut.

**CG32:** Identificar la participació comunitària com un element imprescindible per al desenvolupament de la promoció de la salut, així com participar en la formulació, execució i avaluació de polítiques públiques saludables i projectes intersectorials que enfortisquen el desenvolupament local.

**CG35:** Tenir en l'activitat professional un punt de vista crític, creatiu, constructiu i orientat a la investigació en salut.

**CG36:** Comprendre la importància i les limitacions del pensament científic en l'estudi, la prevenció i el maneig de l'estat de salut de les persones.

**CG38:** Ser capaç de formular hipòtesis, recollir i valorar de forma crítica la informació per a la resolució de problemes aplicant, entre d'altres, l'enfocament de gènere.

És fàcil reconèixer en el contingut d'aquestes competències les actituds de *compassió*: **CG2, CG8**; *actitud vocacionada*: **CG3, CG10, CG22**; *responsabilitat*: **CG10, CG11, CG12, CG18, CG20**; *comunicació*: **CG26, CG24**; *empoderament*: **CG9, CG19, CG21, CG24, CG32**; *competència tècnica*: **CG12, CG38**; i *autoestima*: **CG11, CG15, CG35, CG36**.

Es pot concloure que en aquests moments el marc institucional sot al que es desenvolupa la formació de les futures infermeres i infermers, tant a

nivell local com nacional i internacional, no sols justifica la necessitat de formar-se en actituds sinó que l'exigeix.

## **CAPÍTOL 3. Aproximació al significat de tenir cura**

### **3.1. Anàlisi del significat del concepte *tenir cura***

El propòsit d'aquesta anàlisi és esbrinar, mitjançant el significat i la transcendència del concepte tenir cura, les conseqüències que té el fet que la infermeria professional considere la cura com element ontològic de la disciplina infermera i com la finalitat de la seua acció professional.

Es mostrarà: el significat del concepte *tenir cura*; la relació que manté amb el concepte *guarir*; la presència del concepte tenir cura en el pensament filosòfic: la seua vessant ètica i estètica; i com haurà de ser la pràctica de la cura de la salut dels éssers humans.

Etimològicament el concepte tenir cura/curar prové del llatí *curare*, significa atenció, sol·licitud, inquietud i ocupació. En llengua catalana el mot *cura* significa: "Atenció a vetllar pel bé o pel bon estat d'algú o d'alguna cosa, a fer alguna cosa com cal. Responsabilitat de vetllar per algú o per alguna cosa, de fer alguna cosa" (Institut d'Estudis Catalans, 2007).

Com ja s'ha assenyalat l'acció de tenir cura de les persones ha fet possible que els éssers humans pugem contar una història de segles. Com afirma Collière (1982): "Soigner demeure et demeurera toujours indispensable non seulement à la vie des individus, mais à la pérennité de tout group social"<sup>13</sup> (p.11)

Per a aquesta autora l'acció de tenir cura té el seu origen en la necessitat d'assegurar la continuïtat dels grups humans i en definitiva de l'espècie

---

<sup>13</sup> Traducció lliure: "Tenir cura és i serà indispensable no sols per a la vida del individus sinó també per a la perpetuïtat de tot el grup social"

humana. Cuidar és: "un acte de VIE, dans le sens que soigner représente une variété infinie d'activités qui visent à maintenir, entretenir la VIE et à lui permettre de continuer et de se reproduire". (Collière, 1982, p. 241)<sup>14</sup>

Les cures, o accions destinades a assegurar aquesta continuïtat, estan immerses en la cultura "no constituyen acciones ni pensamientos abstractos y no están monopolizados por enfermedades ni patologías sino que (...) se manifiestan en el conjunto de las situaciones vida-salud." (Siles González & Solano Ruíz, 2009, p. 16)

Siles i Solano (2009), defineixen les cures com:

El producto de la reflexión sobre las ideas, valores, creencias y sentimientos (reflexión teórica); los hechos y comportamientos (reflexión práctica); y las circunstancias (reflexión situacional), relacionadas con el proceso optimizador de las necesidades de salud que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana. (2009, p. 16)

Aquesta acció de tenir cura, que inicialment estava dirigida al manteniment de la vida, es caracteritza per accions que giren al voltant de la fecunditat i del part. Aquestes accions anaren completant-se amb altres que tenien com a finalitat, com afirma Collière (1982), fer recular la mort i en les que se buscava identificar el mal, reparar-lo i contenir el seu efecte sobre el grup humà.

---

<sup>14</sup> Traducció lliure: Acte de vida, en tant que tenir cura representa una varietat infinita d'activitats destinades a mantenir, conservar la vida i permetre la seua continuïtat i reproducció.

A mesura que els éssers humans han anat adquirint coneixements al voltant del procés salut malaltia aquesta acció de tenir cura s'ha vist desplaçada per una nova. També podríem dir que no és tant una novetat com una mutació, transformant-se en un nou mot: *guarir*. *Guarir*, queda definida com acció de prestar atenció però amb una finalitat diferent a la cura. Aquesta finalitat ja no és el manteniment i la prevenció sinó la recuperació.

Aquesta diferenciació en les pràctiques de cures es veu clarament expressada en diverses llengües: catalana, castellana o anglesa, mitjançant dos mots: *curar i guarir* en llengua catalana; *cuidar y curar* en llengua castellana; *care i cure* en llengua anglesa.

Com ja s'ha indicat en paràgrafs anteriors *tenir cura o curar* significa, en definitiva, prestar atenció, vetllar pel bon estat d'alguna cosa o d'algun ésser viu; *guarir* significa. "restituir la salut, alliberar d'una malaltia" (Institut d'Estudis Catalans, 2007). En llengua castellana el mot *cuidar* significa: "poner diligència, atención y solicitud en la ejecución de una cosa", "asistir, guardar, conservar"; el mot *curar*: "sanar, recobrar la salud." (Real Academia Española, 1992). En llengua anglesa *care* significa: "to be troubled or concerned, be affected emotionally, to have regard, affection, or consideration, to provide physical needs, help, or comfort"; *cure* significa: "to get rid of (an ailment, fault, or problem), heal, to restore to health or good condition"<sup>15</sup>. (Collins, 1979).<https://www.collinsdictionary.com/>

---

<sup>15</sup> Traducció lliure. *Cuidar*: estar preocupat o preocupar-se, veure's afectat emocionalment, tenir respecte, afecte o consideració, proporcionar necessitats físiques, ajuda o consol. *Curar*: desfer-se d'una dolença, defecte o problema, sanar, restaurar la salut o el bon estat.



La societat patriarcal, que ha condicionat la cultura occidental, ha contribuït al manteniment d'aquesta dualitat curar-guarir. El sexe com afirmen Siles y Solano (2009), ha estat determinant la manera d'organitzar i distribuir les tasques dins dels grups socials. Però encara ha fet més, el guariment ha anat adquirint rellevància, en tant que ha quedat vinculat al món del homes, de lo públic. Ha estat sotmès a la consideració de coneixement científic i al seu voltant es va desenvolupar una de les activitats que prompte va estar considerada com activitat professional: la Medicina. Entre tant la cura quedava lligada al món de les dones que passaren a fer-se càrrec d'allò tan important com vetllar per la supervivència del grup. Malgrat això aquesta activitat va quedar vinculada a l'àmbit privat que és el que ocupaven les dones i baix la tutela de la religió.

Segons Vázquez Verdera(2009):

Lo cotidiano y el cuidado llevado a cabo en contextos domésticos, familiares o comunitarios, en el paradigma androcéntrico, está devaluado por estar vinculado a lo femenino. (...) Es decir, la subordinación de quienes mayoritariamente llevan a cabo las prácticas de cuidados [las mujeres] es al mismo tiempo lo que produce la falta de poder para promulgar lo valioso de estas tareas, experiencias y valores. (p. 57)

La consolidació de l'activitat de guarir, la rellevància del seus efectes sobre la supervivència dels éssers humans, a poc a poc ha anat eclipsant l'acció de tenir cura, que queda completament domesticada.

En la Historia de la Medicina y las Humanidades médicas no siempre han tenido el mismo valor porque el cuidar estaba subordinado al

curar. ..., se trataba de una subordinación basada en una determinada cosmovisión cultural, social y filosófica que concedía más valor al curar que al cuidar. (Domingo Moratalla, 2013, p. 12)

El concepte tenir cura té un significat ben senzill i quotidià. Per a Collière és:

...un *acte individuel* que l'on se donne à soi-même lorsqu'il y a eu acquisition de l'autonomie, mais c'est également un *acte de réciprocité* qu'on est amené à donner à toute personne qui, temporairement ou définitivement, a besoin d'aide pour assumer ses besoins vitaux...<sup>16</sup>. (1982, p. 241)

Aquesta mateixa senzillesa i el seu caràcter de quotidianitat és el que dota d'importància i transcendència a aquesta acció. En paraules de Heidegger

El verdadero modo del propio ser en un mundo es el *cuidar*, el *atender*, sea fabricar, atender a los negocios, tomar posesión de algo, impedir, preservar de daños o pérdida, etc. (...). El vivir se aborda mundanamente a sí mismo, habla consigo en el cuidado.

(...) En la costumbre y publicidad de la cotidianeidad se disipa el cuidado, la atención; eso no quiere decir que desaparezca, sino que ya no se muestra, que está encubierta

(...) Hay que entender que el fenómeno del cuidado es un fenómeno fundamental del existir. Un fenómeno que no se puede componer

---

<sup>16</sup> Traducció lliure: un acte individual que cadascú es dona a si mateix quan aconsegueix l'autonomia, però és igualment un acte de reciprocitat quan està dirigit cap a qualsevol persona que, temporalment o definitivament, necessita ajuda per assumir les seues necessitats vitals.

juntando elementos teóricos, prácticos y emocionales. Sólo partiendo de él es posible explicar cómo en el existir del cuidar mismo, tomado en su originalidad, antes de cualquier interpretación, el cuidado del mero ver y del mero preguntar se fundan en el ser de la existencia humana. (1999, p. 130 i ss)

Cal reconèixer el caràcter universal de les cures que els éssers humans ens donem, que són inherents a la condició humana i que són segons Heidegger (2005), una constitució ontològica que està present en tot allò que l'ésser humà fa.

Tenint en compte aquesta perspectiva heideggeriana, Feitosa Cestari et al (2017), afirmen que la cura està als arrels de la condició humana.

Segons Redondo Sánchez (2000), per a Heidegger "...no se trata de que el cuidado sea una caracterización de la vida, sino que es su sentido de referencia". (p. 180-181)

Tanmateix es pot trobar la rellevància de l'acció de tenir cura en el pensament de Foucault. Aquest autor (Foucault, 1990) amb l'objectiu de:(...) "trazar una historia de las diferentes maneras en que, en nuestra cultura, los hombres han desarrollado un saber acerca de sí mismos..." (p. 47), analitza, a través de la història, com els éssers humans han anat creixent i transformant-se per poder aconseguir la felicitat, la saviesa, la immortalitat o la puresa. Per poder-ho aconseguir identifica un conjunt de pràctiques que anomena com a tecnologies: (...) "existen cuatro tipos principales de estas tecnologías o técnicas específicas que los hombres utilizan para entenderse a sí mismos". (p. 48)

Una d'aquestes tecnologies són *les tecnologies del jo*. Aquestes, segons Foucault (1990):

permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo una transformación de si mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad. (p.48)

A l'hora d'estudiar com s'han desenvolupat aquestes tecnologies del jo Foucault parla de la filosofia grecoromana i afirma que el precepte *ocuparse de uno mismo*, era un dels principals principis de les ciutats i una de les regles més importants per a la conducta social i personal i per a l'art de la vida. Els mortals calia que tingueren cura d'ells mateixa abans de posar-se davant de les deïtats. Aquest cuidar-se no sols abastava el camp d'allò físic sinó també allò moral, construir-se, créixer, madurar en el sentit d'adquirir un nivell moral que els fera dignes de ser atesos. Aquest principi anava acompanyat d'unes pràctiques referides a: "el cuidado de sí", "la preocupación por sí", "el sentirse preocupado, inquieto por sí". (Foucault, 1990, p. 50)

Ocupar-se de si mateix, preocupar-se o cuidar-se era una manera de conèixer-se a si mateix, la cura de si permet un coneixement de si mateix que és fonamental en la vida de les persones.

Amb aquesta mirada cap a la filosofia es vol destacar dos aspectes del mot que ens ocupa: el seu caràcter de quotidianitat, i al mateix temps d'acció fonamental no sols per a garantir la integritat i continuïtat de la vida, sinó també per a créixer en saviesa i aconseguir felicitat.

Collière (1982) comença el pròleg del seu llibre amb la següent afirmació: "Etre soignée... se soigner...soigner... Qui au cours de sa vie n'a connu chacun de ces impératifs?"<sup>17</sup>

Tenir cura implica cuidar-se; ser cuidat i cuidar. Si s'analitzen aquestes tres vessants de la cura, ens adonem de que cap ésser humà queda exclòs de vinculació amb aquesta acció. El primer contacte d'un nounat amb el món és a través de les cures que rep. Aquestes cures no sols li permetran assegurar la seua supervivència sinó també el seu creixement, desenvolupament i maduració com a persona humana. Sense deixar de ser cuidat, anirà assolint la capacitat i la responsabilitat de la seua cura i de la cura dels altres. Segons Lynch, Lyons i Cantillon (2007) aquesta acció de cura dels altres o *cuidado relacional* pot quedar expressada en el que anomenen *círculos o mundos vitales*. Un primer cercle on la relació de cures es produeix entre persones que tenen un fort vincle afectiu i una profunda i intensa interdependència; el segon cercle inclouria les relacions de cures que es produeixen entre persones amb les que també mantenim un vincle afectiu però amb les que tenim una menor implicació pel que fa al temps, responsabilitat, compromís i vincle emocional. L'últim cercle inclourà la relació de cura que mantenim amb les persones amb les quals tenim una certa responsabilitat, derivada de determinades obligacions estatutàries a nivell nacional o internacional. Perquè segons aquestes autores (Lynch, Lyons, & Cantillon, 2007) una part important de de la humanitat depèn per a sobreviure del treball i la cura d'altres en un moment determinat i per tant cada individu és en algun moment dependent d'un altre. En aquest tercer

---

<sup>17</sup> Traducció lliure: Ser cuidat, cuidar-se, cuidar. Qui al llarg de la seua vida no ha conegut qualsevol d'aquests imperatius?

cercle situaríem la relació de cures que s'estableix entra la infermera i les persones a les que atén. Perquè la cura humana (Rodríguez Jiménez, Cárdenas Jiménez, & Pacheco Arce, 2014) "és ajudar a l'altre a créixer, independentment de qui és" (p. 147), i el seu verdader valor apareix "quan augmenta o retorna l'esperança d'existir i d'aconseguir l'autonomia, i permet a la infermera dimensionar eixe poder terapèutic que té per a si mateixa i per als altres". (p. 153)

Es fa palès, per tot el que s'ha dit fins ara, la vessant moral de l'acció de tenir cura: tenir cura per a *ser millor*; tenir cura com a *compromís solidari* amb els altres; tenir cura de les persones humanes en tant que *éssers amb valors i creences, singulars i autònoms*. Perquè cada persona té

...su propia idea de los cuidados que necesita, de los aspectos de su vida que deben satisfacer y de las características que tienen que reunir para percibirlos como buenos. Esto provoca que cuando se depende de otra persona para su realización, adquieran gran importancia el respeto, el afecto y la empatía con los que son efectuados, en un contexto en el que se involucre a quien los recibe en las decisiones sobre los cuidados que le son necesarios. (Francisco del Rey, 2009, p. 87)

Allò bo i allò roí, pel que fa a la prestació de les cures, ha estat un compromís per part d'aquells i aquelles que s'ocupaven de la salut i malaltia des del moment en que aquesta acció va quedar dipositada en un personal expert.

A continuació de la mà de Feito Grande (2011) es mostren les tradicions de l'ètica mèdica que Diego Gracia recull en el seu text sobre els fonaments de la bioètica (Gracia, 1989).

La institucionalització de l'atenció a la salut dels éssers humans i com a conseqüència la consideració ètica d'aquesta acció és d'origen hipocràtic. La manera d'entendre la relació entre sanitari i usuari en l'ètica mèdica occidental ha estat inspirada en l'ideal de la beneficència. El malalt o *infirmus* era un ésser humà mancat de fermesa moral (Gracia, 1989) i per tant requeria del sanitari per a compensar aquest dèficit. Així doncs el sanitari, considerat mediador entre l'ésser malalt i les deïtats, haurà de prendre les decisions precises per fer el bé al malalt que ha perdut la capacitat de saber què és el que és bo o roí per a d'ell. Haurà de fer-ho des del convenciment de que allò que ha decidit és realment lo bo per al pacient. Al llarg de vint segles aquest principi de beneficència ha estat la fonamentació de l'ètica sanitària i ha orquestrat la relació entre els éssers humans pel que fa la cura de la seua salut.

Com a conseqüència del *Juicio de Núremberg* (iniciat el 20 de novembre de 1945 i finalitzat el 1 d'octubre de 1946), va consolidant-se, a poc a poc, una nova forma de relacionar-se entre els sanitaris i els usuaris. Aquesta tendència està fonamentada en la consideració de l'autonomia dels éssers humans i el reconeixement dels seus drets. Finalment s'incorpora una dimensió sociopolítica que ha consolidat en la idea de justícia.

Així doncs, i amb la publicació de l'*Informe Belmont* a l'any 1978 (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research), queden establerts tres principis bàsics per a regular la relació entre sanitaris i usuaris, especialment pel que fa a la investigació biomèdica i que posteriorment, a l'any 1979, esdevindran en quatre de la mà de Beauchamp i Childress (1999): l'autonomia o respecte a les persones; la beneficència o obligació de fer el bé; la no maleficència o

obligació de no fer mal; i la justícia o obligació de donar a cadascú allò què és el seu dret.

Coincidint amb el desenvolupament d'aquest paradigma ètic sanitari apareix un nou paradigma ètic proposat per Gilligan a l'any 1982 (Gilligan, 2003): *la Ética del cuidado*. Com assenyala Camps, en Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (2013), la proposta de Carol Gilligan ha aconseguit voltejar el marc conceptual del patriarcat i "diseñar un nuevo paradigma que ensancha el horizonte de la ética y de la democracia". (p. 7)

Carol Gilligan denuncia que l'entramat ètic que ha donat suport a les relacions entre els éssers humans, com assenyala Camps(2013) està fonamentat sobre "...el modelo jerárquico y binario del género, que durante siglos ha venido definiendo el sentido y las funciones de la masculinidad y la feminidad". (p. 7)

Resulta paradoxal que en un context democràtic, que està fonamentat en el reconeixement de la igualtat com afirma Camps, (2013) haja quedat exclòs l'amor entre iguals i les relacions interpersonals fent que les relacions interpersonals esdevingueren aspres, hostils i hipòcrites.

Gilligan (2003) posa en valor *la cura* considerant-la tan important com la justícia. Per poder resistir front a la injustícia és necessària l'empatia. I aquesta *ètica de les cures*, està fonamentada en les necessitats humanes i naix de la vinculació que cadascú de nosaltres tenim amb l'altre. És per això que la vulnerabilitat i les necessitats d'altres persones ens obliguen a cuidar-les. "Així doncs, la pràctica de la *cura* sorgeix del reconeixement de la vulnerabilitat de l'altre" (Vázquez Verdera, 2009, p. 47).

*La Ética del cuidado* és l'obligació o *deure de fer alguna cosa*, que esdevé quan ens trobem front a la vulnerabilitat d'un ésser humà. "Millorem



moralment quan lluitem per la realitat de l'altre com una possibilitat pròpia per eliminar allò intolerable, reduir el dolor, atendre a la necessitat, facilitar el somni o desig de l'altre" (Noddings, 2002, citat en Vázquez Verdera, 2009, p. 50), en definitiva quan ens preocupem i el cuidem.

Umpiérrez Chávez, (2017) a partir del pensament de diferents autors com ara Heidegger (1999) (2005), o Boff (2002) sobre la cura, afirma que:

(...) el *Cuidado* desde el punto de vista filosófico es una preocupación por sí mismo de estar en el mundo, en una reciprocidad e interés por los demás; significa compasión, aprecio, empatía, conocimiento de sí y de otros, sentir desde adentro lo que la otra persona siente y determinar qué requiere para crecer. (p. 74)

La cura dels éssers humans esdevé en una dimensió fonamental per al benestar de les persones i de la societat, per tant cal assumir que la cura i l'assistència no són assumptes de dones sinó interessos humans. No es tracta de marcar diferències entre justícia i cura, ja que no existeix diferència. La diferència, com indica Camps (2013) està

entre la democracia y el patriarcado. Justicia y cuidado son igualmente importantes y universalizables, pero la democracia (y con ella el anhelo de justicia) está amenazada si pervive el patriarcado. Gilligan lo afirma con rotundidad en este párrafo memorable: «En un contexto patriarcal, el cuidado es una ética femenina; en un contexto democrático, el cuidado es una ética humana». (p. 9)

Amb aquesta proposta de Gilligan, l'acció de tenir cura, que començarem definit com una acció quotidiana, domèstica i silenciada per el patriarcat se situa, des de la perspectiva ètica, com un principi fonamental a l'hora de

valorar allò bo o allò roí en les relacions entre els éssers humans, apuntat cap a una forma diferent de relació que també modularà una nova manera de relacionar-nos entre els sanitaris i els usuaris, per què segons Gilligan (2013), en *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*:

La ética del cuidado nos guía para actuar con cuidado en el mundo humano y recalca el precio que supone la falta de cuidado: no prestar atención, no escuchar, estar ausente en vez de presente, no responder con integridad y respeto. (p. 35)

Segons Tronto i Kohlen (Domínguez Alcón, Kohlen, & Tronto, 2018), aquesta ètica situa com a preocupació central la relació, emfatitza en la responsabilitat, que exigeix un plantejament moral diferent, i en el poder ja que cal que els professionals tinguin consciència de la diferència de poder que hi ha en els diversos contextos en els que es produeix la cura.

Aquesta nova forma de relació segons Domingo Moratalla (2013) està consolidant-se en tant que "...el cuidado se ha convertido en una categoría clave para comprender, explicar e interpretar el cambio de época al que estamos asistiendo". Segons aquest autor:

...se trata de un cuidar estructural: es decir, una actividad con la que el ser humano se hace cargo de sí, de quienes tiene a su lado y, en general, del mundo de la vida en la que está. La ciencia y la técnica no pueden eximirnos del cuidado. Si así lo hicieramos caeríamos en el descuido, la negligencia y la no responsabilidad. (p. 69)

L'ètica de les cures ha esdevingut en una proposta essencial per a poder mantenir actituds diligents amb les que poder donar resposta a la vulnerabilitat i fragilitat de l'ésser humà, mitjançant *la cura responsable*.

Des d'aquesta ètica Domingo Moratalla (2013) enuncia deu idees sobre les que caldria reflexionar per poder perfilar què és eixa *cura responsable*:

1. Cuidar es atender a otro, tener compasión del otro, ponerse en lugar del otro. (...)
2. Cuidar es ayudar al otro a realizar lo que no puede hacer por sí mismo, ayudarle a que sea autónomo a que tenga su propia vida. (...)
3. Cuidar es invitar al otro a que reconozca su vulnerabilidad. (...)
4. Cuidar es velar por el otro, convertir al otro en centro de gravedad de nuestra acción. (...)
5. En la familia y en la escuela *el cuidado responsable* no es una opción educativa más, es una base moral firme sobre la que se pueden construir variados y múltiples modelos educativos. (...)
6. Cuidar es "acompañar" al otro sin necesidad de indicarle o determinarle el camino que debe seguir. (...)
7. Cuidar del otro es hacerse cargo de él, cargar con él y, en alguna medida, con-dividir la carga que lleva. (...) no es una actividad romántica, agradable, placentera y divertida (...). Por esta razón una ética del cuidado responsable no puede *descuidarse de los cuidadores* (...)
8. El cuidado responsable no es un imperativo puntual y ocasional (...). Sin embargo, el cuidado responsable debe ser una actitud permanente.
9. El cuidado responsable es una forma de cuidado por el que salvamos al otro de una soledad no deseada. (...). Una ética del cuidado nos exigirá únicamente salvar al otro del abandono,

la depresión y el retraimiento. (...). El cuidado responsable nos exige atender y promover la soledad deseada como camino de autoconocimiento y maduración personal.

10.La responsabilidad en el cuidado no solo permite mantener las distancias entre quienes son objeto de cuidado y los sujetos que cuidan. (...).Hay cuidado responsable cuando no hay yuxtaposición de personas sino cuando hay reciprocidad y reconocimiento mutuo entre ellos. (p. 70 i ss)

Pel que fa a l'estètica de la cura també s'inclouen algunes aportacions però sense entrar en cap anàlisi exhaustiu. Com afirma Busquets (2008), l'acte ètic i l'acte estètic són inseparables, això ens obliga a reflexionar sobre l'estètica de tenir cura. L'estètica no solament té a veure amb les belles arts o amb la natura; també les accions humanes són susceptibles de judici estètic i com ha quedat demostrar l'acció de tenir cura és una acció humana. Com afirma aquesta autora cal preguntar-se, on està la bellesa en les actituds i accions que configuren la cura?. Accions com l'acte tècnic, el gest; la mirada i la paraula, són fonamentals en la cura de les persones i si totes elles les desenvolupem amb correcció, sensibilitat i amb autenticitat, esdevindran d'una bellesa i bondat sublimes (Busquets Alibés, 2008).

A l'any 1978 la revista *Advance in Nursing Science* va publicar un article de Barbara Carper (Carper, 1978) que s'ha constituït en un referent quan es parla de la vessant estètica de la cura. Aquesta autora identifica com a elements de fonamentació del coneixement i la pràctica infermera el que ella anomena *patrons del coneixement d'infermeria*. Un d'aquests patrons és precisament el patró estètic o art de la infermeria. L'art és, segons aquesta autora, el procés de crear una experiència estètica i està present

en totes les activitats humanes en les que s'han de relacionar elements en un tot. Chinn i Kramer (2011), afirmen que en tots els aspectes de la pràctica infermera es reflecteixen les qualitats estètiques, és a dir, el caràcter expressiu i no formal, l'experiència de tenir cura com una creació i apreciació de una realitat que és única, particular, subjectiva i de múltiples possibilitats.

Per indagar sobre la vessant estètica de l'acció de tenir cura Siles i Solano (2011) <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500006>. (Data de consulta: 1 de maig de 2020) es pregunten sobre els valors i sentiments estètics que han fonamentat i motivat les cures preprofessionals i professionals. Aquests autors asseguren que els patrons estètics, de la societat, predominants en cada moment han incidit en l'organització de les cures. Els sentiments de maternitat, altruisme, caritat i pietat han actuat com elements motivadors i fonamentació de la funció cuidadora. El procés de trànsit cap a la professionalització ha provocat la incorporació d'altres valors i sentiments estètics com ara l'empirisme, el tecnologicisme, el professionalisme, el científisme i l'humanisme.

### **3.2. La cura de la salut de les persones, element ontològic de la disciplina infermera**

Després de recollir totes aquestes veus que ens han permès apropar-nos al significat i transcendència de la cura, es vol esbrinar com totes aquestes idees condicionen i perfilen l'activitat infermera. Tot i tenint en compte que la cura de la salut ha esdevingut l'element ontològic de la infermeria professional. Perquè "des del punt de vista disciplinar, curar és l'objecte de

coneixement de la Infermeria i el criteri fonamental per distingir-la d'altres disciplines del camp de la salut" (Medina Moya, 1999, p. 35)

Nightingale (1990) en la seua declaració sobre què és la infermeria assenyalava amb claredat que la infermera ha d'anar més enllà del guariment, és a dir, no sols ha d'ocupar-se de *posar cataplasmes* que en definitiva tenen com a finalitat el guariment, sinó procurar a les persones tot allò que va ajudar-los a superar la malaltia, per tant conservar, assistir, vetllar, en definitiva tenir cura. I això serà el que caracteritzarà l'acció de la infermera.

La cura de la salut de les persones és segons Ospina Rava et al (2005) una interacció humana, científica i tècnica entre la infermera i la persona, la família i la comunitat. Aquesta interacció no només està centrada en la recuperació de la salut sinó que la seua finalitat preferent és la promoció de la salut, l'atenció a la persona malalta tot i procurant el desenvolupament humà i social dels subjectes que participen en la cura.

Rocha Duarte i Santiago da Rocha (2011), utilitzant com a referència el pensament de Heidegger, afirmen que tenir cura exigeix conèixer a l'altre a partir de la descripció de les seues vivències, de les seues experiències. Es pot fer la cura de la persona mitjançant un *cuidado dominador*, fonamentat en la idea de que tenir cura és fer per l'altre; o cuidar procurant unes condicions que permeten que la persona cuidada pugui créixer i assumir la seua pròpia cura. En aquest sentit Domínguez Alcón (1986) afirmava que l'activitat infermera:

...se dirige a la salud, no a la enfermedad implicando por un lado la noción de respeto a los valores y deseos de las personas (pacientes) que son cuidados y, por otro, la participación de los mismos, teniendo

en cuenta que cuidar no es siempre "hacer para" o "hacer a" sino "hacer con". (p. 55)

Si s'han de tenir en compte les experiències i vivències de les persones a les que cuidem, l'atenció infermera no pot respondre a manuals o a rutines estàtiques (Vieira de Oliveira & Carraro, 2011), haurà de ser: "...um cuidado reflexivo que considere a outro, as coisas presentes e ausentes no cotidiano, que pense no agora já modificado, ou seja, um cuidado próprio, dinâmico e inacabado"<sup>18</sup>. (p. 378)

Perquè durant el procés de cures, tant en l'atenció individual com col·lectiva, es produeix un intercanvi dinàmic de formes d'estar en el món entre la infermera i les persones a les que atén. La infermera posarà de manifest percepcions, emocions, sentiments, valors i coneixements sobre el fenomen que la persona cuidada està experimentant. Kozier et al. (2005) consideren que *la cura humana* està relacionada amb les respostes humanes intersubjectives a les condicions de salut-malaltia i amb les interaccions persona-entorn.

Segons Watson, el procés de relació interpersonal que acompanya a la cura humana transcendeix a cada ésser humà i "es mou en cercles concèntrics del jo cap a l'altre, al medi ambient, a la naturalesa i a l'univers" (2008, com es cita en Guevara, et al., 2014)

En aquest sentit la cura de la salut de les persones esdevé en una acció que a més de procediments tècnics requereix implicació i compromís amb l'altre, de manera que se transforma en una acció humanitzada i converteix

---

<sup>18</sup> Traducció lliure: "...una cura reflexiva que considere a l'altre, les coses presents i absents en la vida diària, que pensa en la cura ara ja modificada, és a dir, una cura apropiada, dinàmica i inacabada"

l'activitat infermera en un repte que ens condueix a considerar la magnitud de la cura de les persones (Vieira de Oliveira & Carraro, 2011).

Posada Morales i Mora Espinosa (2014) en relació a la proposta de Sawson (1991) sobre *una cura humanitzada*, assenyalen que aquesta cura humana té com a punt de partida conèixer a l'ésser humà en la seua globalitat, tenint en compte la necessitat d'estar amb la persona i interactuar i comunicar-se, rebre suport i orientació i això obliga a que les infermeres actuen amb habilitat i competència avançant-se a les necessitats, aportant confort i protegint, sense que es pugui veure afectada la dignitat de la persona i la seua esperança o fe en el futur.

Des de la disciplina infermera, a partir de la primera meitat del segle XX, han anat realitzant-se importants aportacions al concepte de tenir cura de la salut de les persones amb elements epistemològics, teòrics i metodològics. La cura de les persones té com a finalitat el desenvolupament humà, per tant ha d'estar dirigida a afavorir el desenvolupament harmònic de l'ésser humà, contribuir a la satisfacció de les seues necessitats i enfortir i estimular les seues capacitats i potencialitats en pro de la salut i el benestar (Ospina Rava, Sandoval, Aristizabal Botero, & Ramírez Gómez, 2005).

La declaració de Nightingale (1990) sobre què és i què no és la infermeria, enceta el procés d'elaboració de teories i models infermers, amb l'objectiu de descriure i explicar què és i com és l'activitat de tenir cura de la salut que desenvolupen les infermeres. Aquesta autora, segons Fernández Ferrín (1990), se'n adona que quan les cures administrades per les infermeres no resulten eficaces és perquè aquestes actuacions s'han fet de manera irreflexiva encara que voluntariosa.



Els models i les teories infermeres són una representació d'allò que és la cura de la salut de les persones per part de les infermeres i constitueixen el cos de coneixements específic de la disciplina infermera. Són "O instrumental construído para orientar a Enfermagem na busca de sua autonomia foram as Teorias de Enfermagem, que permitiram delimitação da atuação com outros profissionais"<sup>19</sup> (Rocha Duarte & Santiago da Rocha, 2011, p. 362)

Els models i teories infermeres estan construïts segons Fawcett (Fawcett, 1995) sobre la base de quatre conceptes comuns: *salut*, considerada com l'objectiu de les cures infermeres; *persona/subjecte*, receptora de les cures que pot ser subjecte o persona individual o família o comunitat; *entorn/societat*; "*cura d'infermeria*" o servei específic que demanda la societat i que és ofert únicament per la infermera. Perquè la cura és el nucli de la disciplina infermera, ja que la infermeria és l'estudi de la cura de l'experiència o vivència de la salut humana (Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991). Des d'aquesta afirmació es fa palès que el cos de coneixements de la disciplina infermera està relacionat amb *la cura*.

Les infermeres que han treballat en l'elaboració de teories i models, la majoria de les quals han quedat recollides en les successives edicions del llibre *Modelos y teorías en enfermería* (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2018), han desenvolupat les seues investigacions des de criteris ontològics i epistemològics que poden agrupar-se en tres paradigmes o visions: visió particular-determinista, visió integrativa-interactiva o de reciprocitat i visió

---

<sup>19</sup> Traducció lliure: les teories són "els instruments construïts per guiar a la Infermeria en la recerca de la seua autonomia permetent delimitar les seues actuacions respecte de les d'altres professionals."

unitaria-transformativa o de simultaneïtat (Durán de Villalobos, 2002, p. 10).

Kérouack et.al (1996) a partir de la consideració dels quatre conceptes fonamentals plantejats per Fawcet (1995), assenyalen que el coneixement infermer generat mitjançant la investigació infermera respon a tres paradigmes: categorització, integració i transformació.

Daza de Caballero; Torres Pique i Prieto de Romano. (2005) assenyalen que "en el procés de conceptualització de la cura s'identifiquen dimensions com la interacció, la participació, el afecte i l'ètica com essencials en l'acte de tenir cura" (p. 20). En les diferents propostes teòriques infermeres o models, aquestes dimensions marquen la proposta teòrica que fan les seues autores. Els models que tracten de manera preferent la dimensió *interacció* assenyalen com a característiques de la cura: l'empatia, la responsabilitat, la comunicació, la reciprocitat, la relació d'ajuda, la compassió i el suport. La interacció permet a la infermera accedir a la intimitat del pacient. Amb aquesta interacció seria possible, com afirma Durán Escribano (1999), "compartir els mites i imatges que tenen les persones, com part essencial de la raó humana, com part essencial de la persona, d'eixa persona que en una circumstància especial requereix cures infermeres". (p. 303)

La dimensió *participació* apareix en els models infermers destacant que cada persona és experta sobre si mateix, coneix les seues necessitats i capacitats i això li permet ser *actor actiu* de la seua cura (Daza de Caballero, Torres Pique, & Prieto de Romano, 2005).

La dimensió *afecte* contribueix a la satisfacció de la persona i de la infermera. Animar a la persona per a que s'involucre en la seua cura,

atendre als seus requeriments i fer presència emocional, són la demostració d'aquest afecte.

La cura sense perdre el seu caràcter de quotidianitat esdevé, com afirma Ferrer Ferrándiz (2009), en un fenomen complex que adquireix el seu significat quan serveix d'ajuda per a que un altre ésser humà expresse la seua vulnerabilitat, és:

...un diálogo de presencias que se produce cuando dos personas se encuentran y están permeables para el enriquecimiento mutuo. (...). La complejidad estructural del cuidado empieza a producirse a partir de las narrativas de naturaleza humana y social y de la interacción que fluye entre las enfermeras y los sujetos; en ellas se desarrollan intercambios de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con una manera particular en cada uno de ellos de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, situando el cuidado en un proceso de interacción dialógica sujeto-sujeto y construido a partir del relato de vida del propio protagonista del cuidado. (p. 330-331)

Ha quedat palès que: "El cuidado tiene dos dimensiones: una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la otra, la moral, que asigna al cuidado un valor, un bien, que legitima el actuar" (Urra M, Jana A, & García V, 2011, p. 12).

Guevara et. al (2014) afirmen que:

Como relación interpersonal, el cuidado favorece la interacción significativa entre persona cuidada y persona cuidante, en la que se incorporan: conocimientos, sentimientos, responsabilidades, opiniones, actitudes, acciones, con lo que se demuestra preocupación

e interés por su alter ego. El cuidado como afecto significa la dedicación afectiva y efectiva del profesional de enfermería para proporcionar la ayuda a la persona que necesita ser cuidada. (p. 323)

Per concloure aquest apartat s'incorpora una cita de Domingo Moratalla (2013) que es considera que reflecteix la transcendència de la cura i ens obliga a la reflexió sobre allò que és la finalitat de l'activitat professional infermera i el nucli de la disciplina infermera:

Aplicarse en el cuidado es promover una tradición moral donde el cuidar es constitutivo de la vida moral. El cuidado nos mantiene despiertos, alerta y vigilantes para que nuestra fragilidad, dependencia y vulnerabilidad no sean planteadas como defectos o imperfecciones, sino como oportunidades de plenitud. El cuidado transforma en diligentes las iniciativas de racionalidad humana, y lo que es más importante evita situaciones de negligencia, descuido y olvido de la responsabilidad. (p. 18)

## **CAPITOL 4. Les actituds necessàries per tenir cura de la salut de les persones**

Si es té en compte tot el que ha quedat recollit a l'apartat anterior sobre les dimensions de l'atenció d'infermeria necessitem, com afirmen Vieira de Oliveira i Carraro (2011), pensar i avaluar en la pràctica infermera les nostres actituds com a cuidadores.

...Qual a dimensão que o cuidado de enfermagem ocupa? Se pararmos para fazer essas reflexões, talvez possamos compreender que aquilo que diz respeito às nossas atitudes enquanto cuidadores precisa estar sendo diariamente pensada e avaliada na rotina da prática de enfermagem<sup>20</sup>. (p. 377)

Tanmateix, els models infermers i especialment la proposta que ens presenta Watson (2011), tenen al rerefons les actituds. Aquesta infermera ens planteja que el que és verdaderament important no és allò que hem de fer sinó com ho hem de fer (Muñoz Aznar, 2016), i eixe *com* està condicionat per les nostres actituds.

A més a més, la universitat ha assolit la responsabilitat de formar a les persones no sols amb l'aportació de coneixements sinó amb el desenvolupament de competències per a les que es requereix conèixer *SABER*; aplicar eixe coneixement *SABER SER*; i fer-ho de manera adequada *SABER ESTAR*. És per això que haurà de preocupar-se i ocupar-se de que l'alumnat assoleix un conjunt d'actituds imprescindibles per poder

---

<sup>20</sup>Traducció lliure: "¿Qué dimensión ocupa el cuidado de enfermería? Si nos detenemos a hacer estas reflexiones, podremos entender que lo que concierne a nuestras actitudes como cuidadores debe ser pensado y evaluado en la rutina de la práctica de enfermería en el día a día."

desenvolupar la competència. En el nostre cas es tracta de la competència per tenir cura de la salut de les persones.

#### 4.1. Significat del concepte *actitud*

Cal definir i analitzar el significat del concepte actitud. Tot i tenint en compte que és freqüent trobar associat a aquest concepte els de valor i virtut, hem considerat adient buscar els significats de totes tres. La recerca la realitzem en els diccionaris de La Real Academia Española de la Lengua (RAE) i de l'Institut d'Estudis Catalans.

En la consulta efectuada a la RAE en <http://www.rae.es/>. (Data de consulta 19 de febrer de 2019), es troben les definicions que recollim a la Taula 1. Algunes de les accepcions dels vocables han estat suprimides per considerar que no tenien interès en aquest context. I apareixen subratllades aquelles que hem considerat més rellevants per al nostre propòsit.

#### Taula 1

##### *Definicions dels conceptes actitud, valor i virtut*

<b>Actitud</b> Del lat. *actitūdo.	<b>Valor</b> Del lat. valor, -ōris.	<b>Virtud</b> Del lat. virtus, -ūtis.
1. f. Postura del cuerpo, especialmente cuando expresa <u>un estado de ánimo</u> .	1. m. Grado de utilidad o aptitud de las cosas para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar o deleite.	3. f. <u>Fuerza, vigor o valor</u> .
2. f. <u>Disposición de ánimo manifestada de algún modo</u> .	3. m. Alcance de la significación o importancia de una cosa, acción, palabra o frase.	4. f. <u>Poder o potestad de obrar</u> .
	8. m. <u>Cualidad del ánimo, que mueve a acometer resueltamente grandes empresas</u> y a arrostrar los peligros.	5. f. <u>Integridad de ánimo y bondad de vida</u> .
	9. m. Persona que posee o a la que se le atribuyen <u>cualidades</u>	6. f. <u>Disposición de la persona para obrar de</u>

positivas para desarrollar una determinada actividad.

acuerdo con determinados proyectos ideales como el bien, la verdad, la justicia y la belleza.

7. f. Acción virtuosa o recto modo de proceder.

*Nota* Elaboració pròpia a partir del Diccionari de la Real Academia Española de la Lengua.

En la consulta al Diccionari que inclou de l'Institut d'Estudis Catalans en <https://dlc.iec.cat/>. (Data de consulta 19 de febrer de 2019), es troben les definicions que recollim a la Taula 2. Igualment han estat suprimides algunes de les accepcions dels vocables, per considerar que no tenien interès en aquest context i apareixen subratllades aquelles que han estat considerades més rellevants per al nostre propòsit.

## Taula 2

### *Definicions dels conceptes actitud, valor i virtut*

<b>Actitud</b> Del lat. * <i>actitūdo</i> .	<b>Valor</b> Del lat. valor, -ōris.	<b>Virtut</b> Del lat. virtus, -ūtis.
1 f. Postura expressiva que correspon a una certa <u>disposició de l'ànim</u> .	1 m.o f. Qualitat o <u>conjunt de qualitats que fan que alguna cosa o alguna persona sigui preuada, valqui.</u>	1 f. Potència, eficàcia, d'alguna cosa.
2 Disposició d'ànim envers alguna cosa.	2 m. o f. Grau d'aquesta propietat o conjunt de propietats.	2 f. <u>Pràctica habitual del bé.</u>
	3 m. o f <u>Abast de la força, la significació, d'una cosa, acció, paraula, expressió, etc.</u>	3 f. <u>Disposició de l'ànim per a les accions conformes a la llei moral.</u> La virtut de la templança.

---

4 m. o f. Coratge a emprendre  
grans afers, a afrontar els  
 perills sense por.

5 m. o f. Allò en què és  
estimada o apreuada una cosa.

---

*Nota* Elaboració pròpia a partir del Diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans.

Si es revisen les definicions que figuren als diccionaris els tres conceptes comparteixen, pel que fa als significats referits a les persones, un caràcter íntim, particular, que pot marcar la diferència entre les persones. Però mentre que les definicions dels conceptes valor i virtut apunten en una direcció positiva, el concepte actitud no presenta en la seua definició caràcter valoratiu. No obstant això i atenent a Aigner Aburto (2008), determinades actituds específiques poden organitzar-se en una estructura jeràrquica constituint-se en un sistema de valors.

L'actitud "és una tendència psicològica que s'expressa mitjançant l'avaluació d'una entitat o objecte concret, amb una gradació de favorabilitat o desfavorabilitat". (Moya Morales, et al., 1997, p. 132)

Segons afirma Aigner Aburto (2008), les actituds són constructes hipotètics inferits però no objectivament observables. Des de les ciències socials, s'accepta que una actitud és una: "organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada" (Rokeach, 1968, com es cita en Aigueren Aburto, 2008, p.2).

Aquest mateix autor recull una selecció de les definicions, al seu parer més destacades, sobre el concepte actitud, que es reproduïxen a continuació a la Taula 3.



### Taula 3

#### *Definicions del concepte actitud*

autor	any	definició
<b>Thomas y Znaniecki</b>	1918	es una tendència a l'acció
<b>Thurstone</b>	1928	suma de les inclinacions, sentiments, prejudicis, biaixos, idees preconcebudes, pors, amenaces i conviccions sobre d'un determinat assumpte.
<b>Chein</b>	1948	disposició a avaluar de determinada manera certs objectes, accions i situacions
<b>Krech y Krutchfield</b>	1948	sistema estable d'avaluacions positives o negatives, sentiments, emocions i tendències d'acció favorables o desfavorables respecte a objectes socials
<b>Newcomb</b>	1959	forma de veure alguna cosa grat o desgrat
<b>Sarnoff</b>	1960	disposició a reaccionar de forma favorable o desfavorable
<b>Secord y Backman</b>	1964	certes regularitats en els sentiments, pensaments i predisposicions a actuar respecte a algun aspecte de l'entorn
<b>Sherif y Sherif</b>	1965	posicions que la persona adopta i aprova respecte a objectes, assumptes controvertits, persones, grups o institucions
<b>Triandis</b>	1971	idea carregada d'emotivitat que predisposa a una classe d'accions davant d'una classe particular de situacions socials
<b>Fazio y Roskos-Ewoldsen</b>	1994	associacions entre objectes actitudinals (pràcticament qualsevol espectre del món social) i les avaluacions d'aquests objectes

*Nota* Elaboració pròpia a partir de Aigner Aburto, M. *Técnicas de medición por medio de escalas*. En <http://hdl.handle.net/10495/2724> . Data de consulta: maig 2019 i setembre 2020

Si tenim en compte aquestes definicions, podem coincidir amb Moya Morales, et al. (1997) quan afirmen que es tracta d'un estat intern de la persona que podrà ser reconegut a partir de la manifestació de respostes observables. Cal considerar-les com indicadors de una conducta però no de la conducta *per se*, la qual cosa farà que els resultats de la mesura de les

actituds han d'interpretar-se com a símptomes o indicis i no com a fets (Aignerren Aburto, 2008).

L'actitud té també caràcter valoratiu per la qual cosa les respostes podran ésser d'aprovació o desaprovació. La persona a més d'atribuir a l'objecte actitudinal un valor positiu o negatiu, estableix una gradació, així doncs com afirmen Moya Morales, et al. (1997) "l'actitud pot representar-se com un continuo, denominat continuo actitudinal" (p. 132), en el que es tindran en compte la *valència o direcció*, és a dir la positivitat o negativitat cap a l'objecte actitudinal i la *intensitat* o gradació de la *valència*. Segons aquests autors l'actitud, tal i com ha quedat definida, té tres característiques principals:

1. sols es pot conèixer l'actitud d'una persona cap a un objecte si aquest, al que apunta l'actitud, ha quedat clarament especificat
2. les reaccions observables d'una persona front a un objecte estan fonamentades en l'actitud i determinaran la ubicació de la persona en el continuo actitudinal
3. sobre l'actitud incideixen processos psicològics i fisiològics que permeten la seua categorització i que generen un estat intern en la persona que mantindrà, al menys per algun temps, una determinada conducta cap al objecte actitudinal.

Tenint com a referència les definicions anteriors Aignerren Aburto (2008) destaca cinc idees o aspectes clau de l'actitud:

1. Les creences són la base de les actituds; 2. Les actituds poden referir-se a objectes (persones, grups, institucions, organitzacions, minories o majories polítiques, racials, religioses i problemes de

discussió) i/o situacions (comportaments específics referits als objectes); 3. Són predisposicions a actuar a partir de l'experiència; 4. Són predisposicions que necessiten de estímuls socio-culturals; 5. El nucli d'aquestes predisposicions són els valors que orienten el comportament i són *la força motivacional*. (p. 3)

Respecte de la relació entre les creences i les actituds aquest autor afirma que totes les actituds impliquen creences, però no totes les creences impliquen actituds. Mentre que nosaltres hem fet una comparativa entre els significats de actitud, valor i virtut, Aigner Aburto (2008) considera necessari revisar els conceptes sentiments; tret de personalitat, opinió i també valors, en tant que estan molt a prop del concepte actitud.

L'autor, seguint a Allport (1986, com es cita en Aigner Aburto, 2008), afirma que les diferències entre actitud i sentiments estan marcades per dos trets fonamentals. Mentre que els sentiments estan centrats en l'objecte, l'actitud pot quedar més difusa i mentre que el sentiment és totalment conscient, l'actitud inclou també aspectes reprimits.

Pel que fa a les diferències entre actitud i tret de personalitat s'assenyala que les actituds comporten acceptació o rebuig mentre que els trets de personalitat no tenen una direcció definida; l'objecte d'una actitud pot definir-se com un tret de la personalitat, com una manera general de comportament humà; per últim les actituds poden ser específiques o generals però els trets de personalitat són sempre generals.

Respecte de les diferències entre actituds i opinions cal tenir en compte que l'opinió és un judici general sobre un objecte que no implica necessàriament components afectius i conductuals.

Segons Aigner Aburto (2008) el psicòleg social Rokeach (1973), per diferenciar entre actituds i valors, assenyala que l'actitud és una organització de diverses creences focalitzades en un objecte o situació concreta, mentre que el valor és sols una creença que transcendeix objectes i situacions. Els valors tenen caràcter normatiu, són centrals i tenen un pes fonamental en el sistema de personalitat de la persona, característiques que no tenen les actituds.

Les actituds es poden caracteritzar mitjançant quatre trets: *direcció*, positiva o negativa; *magnitud*, grau de favorabilitat o desfavorabilitat amb el que s'avalua l'objecte; *intensitat* o força del sentiment associat a l'actitud; i *centralitat*, referida a la preponderància de l'actitud com a guia del comportament del subjecte (Aigner Aburto, 2008).

Gargallo López et al (2007), tenint com a referència autors com (Rodríguez González, Seoane Rey, Ferrer, & Jorge, 1989); (Rokeach, 1973) i (Eiser & Rojo, 1989), assenyalen com a característiques més significatives de les actituds les següents:

1. són predisposicions relativament estables a valorar i actuar
2. són *experiències subjectives internalitzades* malgrat que els factors que intervenen en la seua formació són de caràcter social o extern a la persona
3. com que són experiències d'una cosa o objecte, situació o persona, l'actitud es generarà a partir d'una referència a qualsevol cosa o persona, les actituds impliquen avaluació
4. com que impliquen avaluació de la persona, situació, objecte o cosa, l'actitud no és sols una experiència sinó que a més a més ens resultarà agradable o desagradable

5. les actituds impliquen judicis valoratius
6. poden ser positives o negatives, favorables o desfavorables i admeten diversos graus d'intensitat o magnitud
7. poden expressar-se mitjançant el llenguatge verbal i no verbal
8. l'expressió d'una actitud es realitza amb la intenció de que els altres la reconeguen
9. com que les actituds estan més o menys relacionades entre si quan es refereixen a objectes idèntics, similars o diferents, quan més important siga aquesta relació major serà la probabilitat de que siguin congruents unes amb les altres des del punt de vista lògic
10. les actituds impulsen a l'individu a actuar
11. presenten una certa estabilitat, és a dir, no canvien fàcilment per la qual cosa és possible fer una predicció
12. són apreses com a resultat d'un procés de socialització, la qual cosa ens permet considerar-les com a objectius educatius de primera magnitud
13. una actitud favorable davant d'un objecte actitudinal farà que la persona emeta una resposta preferencial, la qual cosa ens fa considerar el paper, bàsic, que tenen les actituds en el coneixement i l'ensenyament. (p.243-244)

Com ja hem comentat anteriorment l'actitud que una persona té front a un objecte, circumstància, situació, quedarà evidenciada a través de les respostes observables. Aquestes respostes podem quedar agrupades en tres categories (Moya Morales, et al., 1997): cognitives, afectives i conatives-conductuals.

Les *respostes cognitives* estaran relacionades amb els pensaments i idees de la persona. Aquesta avaluarà qualsevol objecte condicionada per allò que pensa sobre ell, és a dir la percepció, que al mateix temps estarà condicionada per la informació i pels coneixements que ha adquirit en relació a l'objecte actitudinal. Aquest coneixement, ample i detallat de les propietats i característiques de l'objecte, adquirits en el passat, li proporcionaran una bona estimació sobre com mereix ser avaluat eixe objecte.

Pel que fa a les *respostes afectives* Moya Morales et al. (1997) consideren inclosos tots els sentiments, estat d'ànim i emocions associats a l'objecte actitudinal. En aquest cas l'avaluació de l'objecte actitudinal estarà condicionada per les experiències intenses de caràcter positiu o negatiu amb l'objecte actitudinal.

Segons Gargallo López et al (2007) les dimensions afectiva i cognitiva estan íntimament vinculades i s'afecten i impliquen mútuament, de manera que un sentiment negatiu cap a un objecte pot canviar-se si tenim un coneixement real d'eixe objecte.

En relació a les *respostes conatives-conductuals* aquestes estan condicionades per les tendències, disposició, intencions cap a l'objecte i accions dirigides al objecte. Moya Morales et.al (1997) consideren que les conductes són susceptibles de ser ubicades en el continuo actitudinal, ja que en certes condicions la realització de determinades conductes provoca importants i permanents canvis actitudinals.

Aquests tres tipus de resposta avaluativa o components de l'actitud, constitueixen la via d'expressió de l'actitud però sense que aquesta deixi de

tenir el seu caràcter de variable unitària. Entre aquests components existeixen relacions. Entre el component cognitiu i afectiu, es considera que si una persona creu que l'objecte actitudinal facilita l'obtenció d'objectius importants, eixa creença hauria de traduir-se en un afecte positiu cap a l'objecte o a l'inrevés. Però no sempre és així, ja que molts objectes de l'actitud són ambigus resultant positius o negatius segons cada persona, és difícil trobar objectes d'actitud *monolíticament* positius o negatius. Pel que fa a la relació afectiva-conativa, els autors (Moya Morales, et al., 1997) parlen de la consistència afectiva-conativa com el grau en el que l'afecte actitudinal i la intenció conductual coincideixen. L'actitud produeix un aprenentatge selectiu, així doncs les persones recorden millor la informació i les comunicacions favorables quan la seua actitud és positiva i a l'inrevés (Moya Morales, et al., 1997).

Les actituds són formes d'adaptació activa de la persona al medi ambient. Així doncs l'actitud és el resultat de tota una sèrie d'experiències de la persona amb l'objecte actitudinal i per tant el producte final dels processos cognitius, afectius i conductuals presents en eixes experiències. Les actituds estan modificant-se contínuament ja que les associacions objecte-avaluació, que existeixen en la memòria, són susceptibles de canvis (Moya Morales, et al., 1997)

L'inici d'una conducta depèn de l'actitud i la seua persistència depèn de l'hàbit, considerat aquest com una acció que ha esdevingut en automàtica per haver-se realitzat repetidament. Tanmateix intervé en la conducta la pressió social que la persona percep de l'entorn més pròxim i que se coneix com *norma social subjectiva*. Així doncs seran l'actitud i la norma social subjectiva les que determinaran la intenció de la persona cap a la conducta.

Una conducta raonada serà aquella procedent de la intenció de la persona, tenint en compte la seua pròpia orientació i la de l'ambient social més pròxim (Moya Morales, et al., 1997).

Com hem vist l'actitud és un constructe complex que per a la seua mesura requereix d'una fonamentació teòrica que done suport al disseny, a l'organització del procés de mesura i a la interpretació dels resultats.

La revisió de la literatura ens ha permès descobrir les avantatges d'una de les teories utilitzades en la valoració de les actituds. Es tracta de la Teoria d'Acció Raonada, en davant TAR, proposada per Martin Fishbein i Icek Ajzen en 1975. Segons Reyes Rodríguez (2007), "aquesta teoria ha significat un pas important en l'estudi del comportament humà i específicament de les actituds" (p. 66). Segons Gargallo López et al. (2007) és la teoria més completa en tant que permet explicar els processos de formació i canvi de les actituds. A més a més aquests autors destaquen, que aquesta teoria "proporciona una base científica excel·lent per al disseny d'ítems i per a la intervenció educativa" (p. 244) en l'àmbit de les actituds. Per a Reyes Rodríguez (2007) la TAR obri un major camp d'acció en la planificació d'intervencions, millor estructurades i dirigides.

Segons Moya Morales et. al (1997) en aquesta teoria s'afirma que l'actitud cap a un objecte "és el resultat de les creences que la persona té cap a l'esmentat objecte" (p. 558). En la base d'aquesta teoria està la consideració de que els éssers humans utilitzen i processen sistemàticament la informació que tenen. Així doncs la conducta habitualment no és instintiva sinó que és el resultat d'un procés mental complex, en el qual s'analitza la realitat a partir de les capacitats i habilitats mentals de l'individu (Gargallo López,



Pérez Pérez, Fernández, & Jiménez, 2007). La intenció, la voluntat i el raonament, generalment, dirigeixen la major part de les accions socials del individu (Reyes Rodríguez, 2007, p. 70).

La TAR té com a punt de partida, segons Moya Morales et al. (1997), els tres components fonamentals de l'actitud: el cognitiu, l'avaluatiu i el conatiu o conductual, assenyalant entre ells una relació causal. Així doncs afirmen que la major part de la conducta humana està controlada pel subjecte i per tant podrà ser pronosticada la intenció conductual d'executar un comportament determinat. I eixa intenció conductual depèn directament de les actituds que són funció de les creences sobre les conseqüències de la conducta en qüestió. Segons Fishbein i Ajzen, les creences són de tres tipus: *creences descriptives, inferencials i informatives*. Les *creences descriptives* són les aconseguides mitjançant l'observació directa d'un objecte; les *inferencials* deriven de la interacció amb altres persones i estan associades a característiques inobservables; i les *informatives* són el resultat de la informació que obtenim d'altres (Fishbein i Ajzen, 1975, com es cita en Reyes Rodríguez, 2007, p. 67).

El concepte central de la teoria és la intenció conductual (Moya Morales, et al., 1997), considerada com la causa primera o immediata de la conducta i *operacionalitzada* com el judici probabilístic que emet un subjecte sobre si executar o no un comportament. Però com que les persones sovint amaguen les seues intencions i resulta difícil descobrir-les, el model contempla la possibilitat d'obtenir informació de manera indirecta tenint en compte dos factors: el personal i la influència social. El *factor personal* o actitud cap a la conducta és l'avaluació individual positiva o negativa que fa el subjecte front a la possibilitat de portar endavant una acció. El segon factor anomenat

*norma subjectiva* és la percepció individual de les pressions socials que forcen a realitzar o no eixa acció.

Aquests dos factors, *personal i norma subjectiva*, estan condicionats per la base informativa ja que les creences representen la informació que té el subjecte sobre els objectes. Així doncs en la TAR es reconeix la possible influència de variables externes tot i que, com hem dit anteriorment, la conducta queda determinada per la informació que té el subjecte.

Per a Fishbein i Ajzen (1980), l'actitud és un judici avaluatiu bipolar sobre un objecte. S'adquireix automàticament quan s'aprenen les associacions d'eixe objecte amb altres dels que ja se tenen actituds prèvies. Se conforma a partir del repertori de creences, però no sols depenen d'aquestes sinó també de l'avaluació que la persona realitza de cada una de d'eixes creences conductuals (com es cita en Moya Morales, et al., 1997).

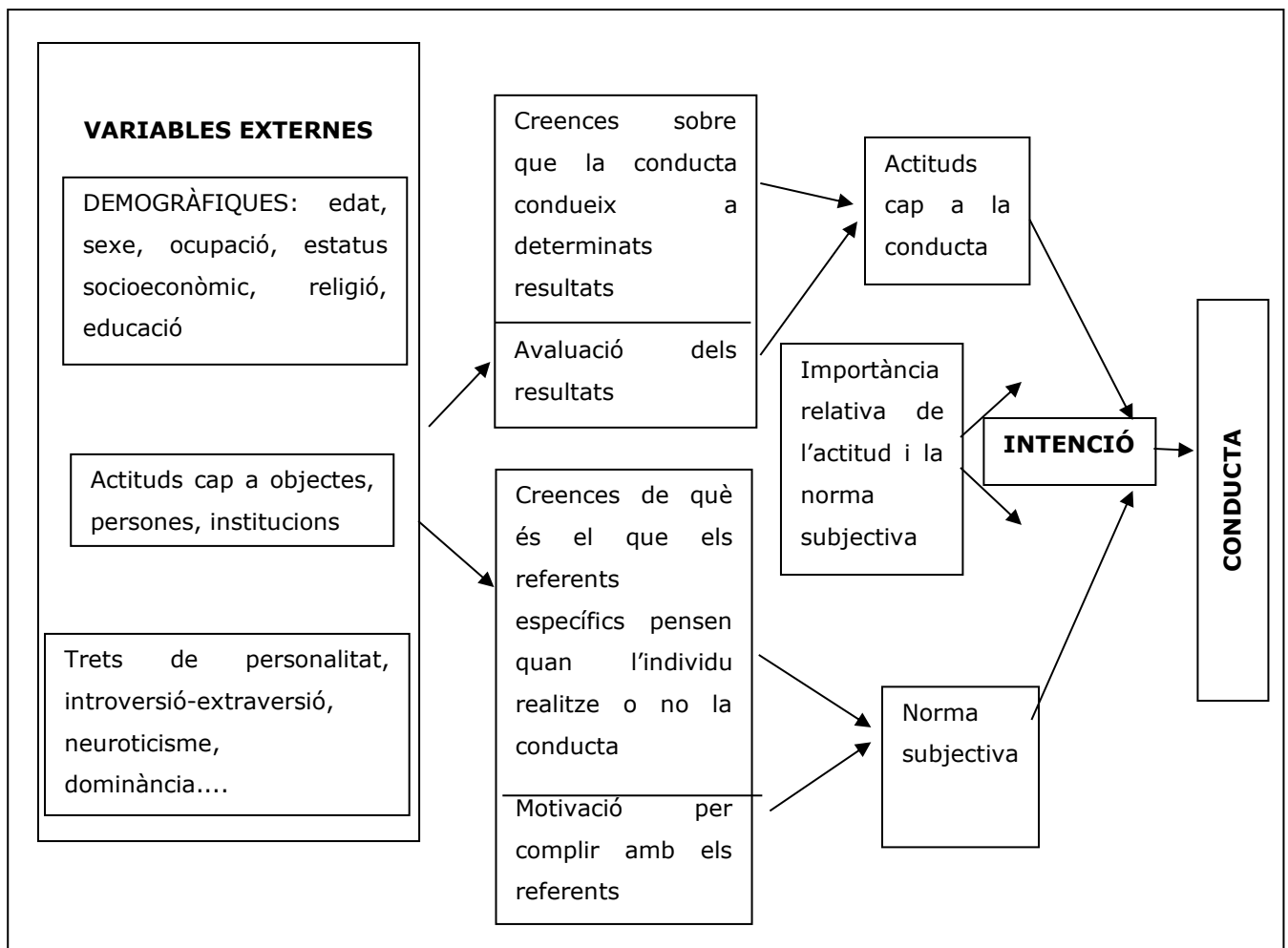
Altre predictor de la intenció conductual és el judici probabilístic de allò que pensen la majoria de les persones importants per al subjecte, sobre la realització d'una determinada conducta. Ja que per a la predicció de la intenció és necessari tenir en compte que aquesta està en funció de dues determinants bàsiques: *l'avaluació personal o actitud cap a la conducta i l'avaluació social o norma subjectiva*. Segons (Fishbein & Ajzen, 1980), les persones intenten realitzar una conducta quan l'avaluen positivament i creuen que altres persones i/o grups socialment rellevants consideren que hauria de realitzar-la (com es cita en Reyes Rodríguez, 2007, p. 70).

Es fa palès que l'objectiu últim de la TAR no sols és la predicció de la intenció conductual, sinó també la comprensió d'allò que està determinant la conducta.

Gargallo López, et al. (2007) recullen en el seu article la representació gràfica del model teòric TAR de Fishbein i Ajzen, 1980. Aquest gràfic sintetitza el plantejament teòric d'aquests autors, recollint els elements importants del model i les relacions existents entre ells, Figura 4.

#### Figura 4

*Representació gràfica del model teòric TAR de Fishbein i Ajzen, 1980*



*Nota* Elaboració pròpia a partir de Gargallo López, Pérez Pérez, Serra Carbonell, Sánchez i Peris, & Ros Ros (2007)

Per concloure aquest apartat sobre el constructe actitud ens referirem a Ospina Rava, et al. (2005). Aquestes autores afirmen que les actituds són

expressades per les infermeres durant la pràctica. Les actituds tenen diversos components que han de tenir-se en compte en l'exercici professional. Aquests components com ja hem vist són : creences, valors i estereotips sobre l'objecte de la pràctica infermera; afecte, on s'impliquen sentiments i emocions que acompanyen amb més o menys incidència a les actituds; i tendència, que ens farà actuar d'una determinada manera condicionant la nostra conducta front a l'activitat de tenir cura de la salut de les persones.

És per això que en el procés de formació de les actituds de la infermera s'hauran de tenir en compte tres elements fonamentals: la informació que l'estudiant i estudianta d'infermeria rep; el grup d'infermeres amb el que s'identifica; i les necessitats personals pel que fa a gratificació i gust per la cura de les persones.

En referència a Munné (1986), Ospina Rava, et al. (2005) afirmen que

la actitud se forma en el proceso de satisfacción de las necesidades, dependiendo de su satisfacción o no. Por lo tanto, es indispensable identificar y medir las actitudes y los conocimientos de los profesionales de enfermería frente al cuidado de la salud y poder así analizar y construir con ellos propuestas transformadoras de su práctica social. (p. 48)

#### **4.2. Anàlisi de les actituds d'una infermera o infermer madur**

García Hernández et al. (2011), en referència al treball de Fernández, Barajas i Barroso (2007) afirmen que cal considerar com a professional a la infermera que té unes habilitats, unes actituds, uns valors culturals i ètics,

necessaris per a practicar la infermeria. Si és així, cal preguntar-se quines són eixes actituds.

Tanmateix González Aguilar et al. (2018) afirmen que: "Aprehender la identidad profesional en enfermería, implica transitar por una serie de acontecimientos conjugados a lo largo del tiempo, para finalmente establecerse cuando la vida académica o de estudiante ha concluido." (p. 2).

Eixos esdeveniments als que fan referència aquestes autores no solament comporten l'aprenentatge d'uns coneixements. Adela Cortina en el capítol *Las Claves de la Ética Sanitaria* (Arroyo Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, & Zugasti Cabrillo, 1997), ens recorda que ja Aristòtil, distingia entre el *simple saber* o la *simple teoria*, d'allò que considera fonamental i que és viure amb coherència amb allò que hem après. És a dir el coneixement no solament *pot ser après* sinó que cal *aprehendre'l*, fer propi eixe coneixement de manera que puguem mantenir eixa coherència entre allò que sabem i com actuem.

En aquest sentit Cortina afirma que és necessari parlar de valors, actituds, virtuts i normes que ens orientaran en el desenvolupament de l'activitat professional infermera. Aquesta activitat, com s'ha descrit en el capítol anterior, consisteix en la cura de la salut de les persones, i és considerada per Alberdi Castell i Cuxart Ainaud (2005) com el *bé intrínsec* i el *bé intern* de la professió infermera. Adela Cortina (1977) assenyala que, malgrat el motiu pel que una persona haja decidit formar-se com a infermera, "el hecho mismo de introducirse en ella [la infermeria] le exige perseguir el bien propio de la profesión y asumir las actitudes que permiten alcanzarlo" (Arroyo

Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, & Zugasti Cabrillo, 1997, p. 66), ja que sols així es pot fer efectiu el compromís moral professional que les infermeres i els infermers tenim amb les persones.

Les actituds que, segons Cortina (1997), cal exigir a un infermer o infermera madura són: *la compassió; l'actitud vocacionada; la responsabilitat; la capacitat de comunicació; la capacitat per promoure; la competència tècnica i l'autoestima.*

Després d'estudiar aquesta proposta de Cortina, hem considerat adient fer una modificació de l'enunciat d'algunes d'aquestes actituds amb l'objectiu d'aportar claredat. Com podem observar els enunciats formulats per Cortina sobre: *capacitat de comunicació; capacitat de promoure; competència tècnica i autoestima*, no se corresponen amb la definició d'actitud entesa com intenció per a efectuar un determinat comportament, per la qual cosa es fa necessari reformular aquests enunciats per tal que esdevinguin actitudinals.

Així doncs la proposta que ha estat sotmesa a la consideració de les meues directores i el meu director; a la valoració dels experts i expertes i amb la que s'ha dissenyat el qüestionari és la següent:

1. *Compassió*
2. *Actitud Vocacionada*
3. *Responsabilitat*
4. *Actitud cap a la comunicació*
5. *Actitud cap al empoderament en salut*, considerant que la promoció es tradueix en l'empoderament de les persones respecte a la seua salut

6. *Actitud cap a la competència tècnica*

7. *Actitud cap a l'autoestima professional.*

Cadascuna d'aquestes actituds ha estat considerada, en el disseny del qüestionari com una dimensió.

Atenent a la proposta teòrica de Fishbein i Ajzen (1980) cada dimensió ha quedat organitzada en tres subdimensions: *subdimensió cognitiva*; *subdimensió afectiva-avaluativa* i *subdimensió conductual*. Aquesta organització ens ajudarà en el disseny dels ítems, de manera que en l'avaluació de les actituds, podrem apropar-nos a conèixer les creences de l'alumnat sobre una determinada conducta a desenvolupar, la valoració que fa i la que prové del seu entorn i la resposta afectiva que li provoca, a més de com desenvolupa una determinada conducta a partir d'eixes valoracions.

Pel que fa a la *subdimensió cognitiva* les qüestions a plantejar ens hauran de permetre identificar quin és el coneixement i creences que té l'estudiant o estudianta, sobre el comportament que es vol avaluar.

Sobre la *subdimensió afectiva-avaluativa* les qüestions a plantejar ens hauran de permetre conèixer quina avaluació o sentiment provoca en cada individu del alumnat, el resultat d'eixe comportament i en quina mesura està motivat pels referents.

Sobre la *subdimensió conductual* les qüestions ens hauran de permetre identificar de quina manera actua l'estudiant o la estudianta en situacions en les que ha de desenvolupar eixe comportament.

Amb el suport de la bibliografia i de les aportacions dels experts i expertes consultats, es defineixen i comenten cadascuna d'aquestes actituds, per tal

d'obtenir el coneixement necessari per poder determinar quin haurà de ser el contingut dels ítems en el qüestionari que es presenta.

#### **4.2.1. Actitud Compassió**

La compassió està referida a la capacitat de posar-se en el lloc de l'altre. En l'activitat infermera eixe *altre* és una ésser humà situat en un punt del continuum salut malaltia que necessita ajuda per a fomentar i mantenir la salut, per a recuperar-la i retornar al seu nivell de salut òptim, per adaptar-se a una nova situació de salut o per a una mort tranquil·la com afirma Virginia Henderson (1994). Es tracta, doncs, d'un ésser humà en situació de fragilitat i vulnerabilitat. Està en risc, no sols la seua seguretat física, sinó també psicològica, social i moral (Feitosa Cestari, et al., 2017).

La compassió genera respecte per l'altre i ens permet mostrar el nostre reconeixement en situacions desagradables o de patiment. Tot i que en la definició d'aquest concepte apareix el sentiment de llàstima, els autors i les autores consultades incideixen en que la compassió, com actitud imprescindible per tenir cura de la salut de les persones, no és un sentiment de pena i no té res a veure amb la llàstima. És un sentiment que ens permet prendre part del sofriment de l'altre. És una eina terapèutica que ens ajuda a utilitzar cap i mans mogudes pel cor, facilitant-nos la comprensió de la situació al posar-se en el lloc de l'altra persona, i en la que podem formar-nos, entrenar-nos en el seu ús i fomentar-la a nivell curricular. Perquè la compassió és una experiència humana fonamental per a la infermeria (McCaffrey & McConnell, 2015) i malauradament no sempre forma part de les prioritats en la cura infermera.



En un article publicat per Papadopoulos et al. (2020), s'afirma que les infermeres espanyoles defineixen la compassió com "una consciència profunda del sufrimiento de los demás y un deseo por aligerarlo" (p. 90).

Si atenem al que ens diu Domingo Moratalla (2013), l'actitud compassiva podria fer que eixe principi ètic de la professió infermera, que ens parla del compromís professional amb la justícia social (Arroyo Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, & Zugasti Cabrillo, 1997), pugui aplegar a ser excel·lent ja que eixa actitud compassiva no sols alimenta "...el deseo radical de una libertad real para todos..." sinó que ens permet identificar-nos amb eixa fragilitat i vulnerabilitat de les persones de les que tenim cura, valorar les seues diferències i singularitats. Aquesta actitud compassiva és difícil ja que exigeix eixir de nosaltres mateix, preocupar-nos per els altres, tenint cura de la seua llibertat i fins i tot lluitar per ella (Domingo Moratalla, 2013).

Des de l'ètica de les cures que ens proposa Gilligan (2003) la resposta a les necessitats de cures que presenten els éssers humans, no es fa des de principis abstractes sinó des de cada situació concreta, en funció de les nostres capacitats i dels valors que guien les nostres accions, (com es cita en Vázquez Verdadera, 2009). Per tant és necessari conèixer cada situació concreta i dimensionar la necessitat de cures ja que com apunta Noddings (2005), els éssers humans desitgen ser tractats com a persones amb unes necessitats i una idiosincràsia, la qual cosa determina que no hi ha una manera estandarditzada de donar resposta a les necessitats dels altres ja que la pràctica de la cura és una forma de *ser en relació*.

Martha Rogers defineix a l'ésser humà com unitari i irreductible, que té la seua pròpia integritat i un conjunt de característiques que són més i diferents que la suma de les seues parts. És a més a més un sistema obert

en continua interacció amb el seu entorn i canviant (Marriner Tomey & Raile, 1999).

Tanmateix Guevara et al. (2014) afirmen que en el procés de cures cal reconèixer que la persona cuidada és

...una entidad única, poseedora de atributos: conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes, por lo tanto, el cuidado en enfermería asume una dimensión humanista y comprensiva del ser, cuya subjetividad está estructurada por sus vivencias y significados, sentimientos, emociones, intuiciones, razonamientos.

(p. 318)

Així doncs, en l'atenció a aquest ésser humà jugarà un paper fonamental la compassió en tant que ens ajudarà a identificar eixe conjunt de característiques que el fan unitari i irreductible i apreciar els canvis que van produint-se al interaccionar amb el seu entorn. Perquè com afirma Noddings (2013, citat en Bergmark, 2018), cal aprendre la realitat de l'altre, sentir el que sent és la part essencial de la cura, perquè si prenen la realitat de l'altre i comencen a sentir eixa realitat, ens veurem impulsats a actuar com si fos amb el nostre nom però en nom de l'altre.

Per a Watson (2011), el moment de tenir cura de la persona és quan infermera i pacient unifiquen històries de vida i camps fenomenològics i tenen l'oportunitat de decidir com ser en la relació i què fer, generant noves oportunitats de creixement per ambdues. Una actitud compassiva, empàtica afavorirà aquesta unificació ajudant a decidir com es desenvoluparà el procés de cures. Tanmateix aquesta autora afirma que la cura humana pot ser més efectiva si la practiquem de manera interpersonal. A més a més si

analitzem els *factors cuidatius* que proposa Watson, la compassió emergeix com element fonamental en el procés de tenir cura de la salut de les persones (Marriner Tomey & Raile, 1999).

Guevara et al. (2014), afirmen que la pràctica d'una infermeria humanitzada implica la transcendència més enllà de la simple relació entre humans. Aquesta infermeria humanitzada exigeix la presència significativa de la persona que té cura i de la persona que rep la cura, i això implica veure, escoltar, tocar i sentir a través d'un procés d'empatia, compassió, que ha d'estar present en la relació interpersonal. La infermera cuidadora ha d'apropar-se al món de l'altre per comprendre'l i enfortir-lo en la seua pròpia capacitat de cura. Cal assenyalar que aquestes autores fan referència a la compassió i a l'empatia. Aquests dos conceptes, tot i que el seu significat és diferent estan força relacionats. L'empatia és la capacitat de prendre perspectiva i sentir les emocions d'una altra persona, mentre que la compassió és el sentiment que sorgeix quan es percep el sofriment d'un altre i es sentim motivats a alleujar eixe sofriment. Com afirmen Bellosta Batalla et al. (2019) "es un sentimiento generado ante el sufrimiento –ya sea nuestro o ajeno- en el que se acoge con una actitud abierta y amable, y que incluye la intención de aliviar lo" (p.214), és a dir la compassió inclou el desig d'ajudar. Per a García Campayo (2009),

El desarrollo científico seguirá ofertando nuevas tecnologías que permitirán diagnósticos, cuidados y tratamientos cada vez más precisos y efectivos. Pero, pese a todo, nunca podrán ofrecer aquello que desde los albores de la civilización es consustancial con el arte de la enfermería y que supone su quinta esencia: la capacidad de

comprender al ser humano que sufre y muere, es decir la empatía.

(p. 132)

A partir d'una exhaustiva recerca bibliogràfica, Giménez Espert (2016) afirma que la cura empàtica té importants efectes tant sobre el pacient o persona cuidada, com sobre la infermera. Pel que fa a la persona, la cura empàtica millora els resultats de salut en els pacients; influeix positivament en l'alleugeriment del dolor; millora el pols, la respiració i disminueix l'ansietat dels pacients; facilita la comunicació centrada en la persona proporcionant-li un major nivell de satisfacció en la relació. Pel que fa a la infermera sembla que la cura empàtica està relacionada amb una millor salut mental i psicològica, en tant que redueix l'angoixa psicològica i l'esgotament emocional. A més a més millora els nivells de satisfacció laboral, incidint positivament en el treball en equip, en la comunicació i en el lideratge dintre d'una organització. Segons Muñoz Aznar (2016), la compassió és un requisit indispensable si volen tenir cura de les persones de manera justa i equitativa.

La compassió és a més a més un deure moral tal i com queda recollit al punt 1.8 del *Código de Ética del CIE para las Enfermeras* (Consejo Internacional de Enfermería, 2021).

Els components que hem considerat per al disseny dels ítems que conté el qüestionari són:

- Reconèixer la diversitat en les formes d'afrontar la salut i la malaltia
- Reconèixer la diversitat en la manifestació de necessitats i demandes de les persones en relació a la seua salut

- Reconèixer que la tasca de tenir cura de les persones va més enllà de l'atenció al seu diagnòstic i tractament mèdic
- Valorar positivament la compassió com una eina fonamental per poder fer una cura personalitzada
- Valorar positivament l'experiència personal de posar-se en el lloc de l'altre
- Mostrar un comportament respectuós cap a la diversitat
- Actuar mostrant que l'acció de tenir cura va més enllà de l'atenció al diagnòstic i tractament mèdic

#### **4.2.2. Actitud vocacionada**

Històricament l'acció de tenir cura ha estat vinculada a la religió, això ha marcat el seu caràcter vocacional. Ocupar-se dels altres, mirar per ells, prestar-los atenció ha estat un comportament en resposta a una *crida interior*, a un compromís que esdevé des d'una moral religiosa. A hores d'ara, com afirma Cortina (Arroyo Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, & Zugasti Cabrillo, 1997), no és possible mantenir aquesta relació.

Podria considerar-se que aquesta *crida interior* a la que fa referència Cortina és, en definitiva, la motivació que defineix Anna Ramió (2015) com el conjunt de factors percebuts per la persona i que expliquen un acte i indueixen a seguir uns objectius, assenyalant que l'actitud d'ajuda als altres és, segons la investigació realitzada, la més rellevant i motivadora per començar els estudis d'infermeria. Precisament Burguete Ramos et al. (2018) constaten que un 50% de l'alumnat que participa en el seu estudi, confirma que va escollir estudiar infermeria per ajudar als altres, per lo que les autores consideren que l'elecció d'aquesta professió està vinculada a la

vocació de servei al altre. Tanmateix aquesta informació es veu avalada pels treballs de León Molina (2003) i de Jirwe i Rudman (2012).

Les persones trien preparar-se i exercir una professió i no sempre ho fan perquè han rebut eixa crida interior. Algunes de les persones que afirmen haver escoltat aquesta crida finalment no poden formar-se. No obstant això en professions relacionades amb la cura de les persones, on cal mantenir un tracte continu amb altres persones que estan en una situació de vulnerabilitat i debilitat, "és impossible viure bé [aquestes professions] sense una *actitud vocacionada*", que cal entendre-la com una "sensibilitat suficient per a deixar-se impactar per eixe bé intern i sentir-se responsable d'aquest" fent possible compaginar els drets professionals amb la compassió i la cura de les persones (Arroyo Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, & Zugasti Cabrillo, 1997).

A més a més no podem oblidar que la relació entre la persona cuidada i la infermera en el procés de cures, haurà de ser com assenyala Watson (2011) en el *Factor Cuidatiu 4*, una relació d'ajuda. Aquest tipus de relació, com afirma Carl Rogers (1968) exigeix un fort compromís que sols serà possible si es desenvolupa eixa sensibilitat de la que parla Adela Cortina i que nombra com *actitud vocacionada*.

Tanmateix aquesta actitud vocacionada permet tenir una predisposició favorable o sensació proactiva de pertinença i identitat en el col·lectiu professional, la qual cosa genera compromís i defensa dels valors a nivell conductual i pot ser adquirida i interioritzada individual i/o col·lectivament.

Els components que hem considerat per al disseny dels ítems que conté el qüestionari són:

- Reconèixer que la tasca de tenir cura de les persones exigeix un compromís amb el benestar de la persona, família, grup i comunitat
- Reconèixer que aquest compromís pot entrar en col·lisió amb els interessos personals
- Valorar positivament la vocació
- Actuar professionalment posant per davant dels interessos personals el compromís professional

#### **4.2.3. Actitud Responsabilitat**

L'actitud vocacionada esdevé en una actitud responsable que, com assegura Cortina (1997), va més enllà de drets i deures i no té caràcter contractual. La responsabilitat és un sentiment d'obligació front a allò que ens ha estat encomanat. És, segons Bergel Gabaldón (2013), un valor que està en la consciència de la persona i que li permet reflexionar, administrar, orientar i valorar les conseqüències dels seus actes. Però la història de la professió infermera, com ja s'ha vist, mostra que els professionals infermers i infermeres han desenvolupat la tasca de tenir cura en situació de dependència i subordinació, durant una llarga etapa de la seua evolució, de fet segons Rocha Duarte i Santiago da Rocha (2011):

Acrescido a este aspecto, enfatiza-se que os profissionais envolvidos no cuidado ao ser doente, principalmente os da Enfermagem, apresentam uma tendência de fugir da responsabilidade de serem si mesmos, deixando, em muitos momentos, guiar-se pela situação, não tomando iniciativas, pois tudo em seu cotidiano já está decidido. Esta

realidade configura-se portanto, como um modo de estar-no-mundo inautenticamente<sup>21</sup>. (p. 363)

Aquesta afirmació evidència una realitat que no respon a l'exigència de tenir cura de la salut de les persones, ja que a hores d'ara quan ens referim a les infermeres i infermers ho fem indicant que són *professionals* i per tant autònoms i responsables. Conseqüentment hauran de tenir capacitat per fer front i donar resposta a totes les situacions que es plantegen en el procés de cura de la salut de les persones, els grups i la comunitat i ho faran des de la llibertat per prendre decisions, la qual cosa, com ja s'ha dit comporta una actitud de responsabilitat.

Assolir eixa responsabilitat contribuirà, sens dubte, a mantenir eixa autonomia i autodeterminació que és fonamental per a que l'activitat de tenir cura que desenvolupem els infermers i infermeres pugui mantenir-se i ser considerada com una activitat professional.

A més a més són moltes les veus que apunten sobre aquesta responsabilitat. Vázquez Verdera (2009) ens parla de que "l'encontre amb altres éssers humans apel·la a la nostra responsabilitat instant-nos a fer-nos càrrec del seu destí i donar resposta a les seues necessitats" (p. 47).

Lévinas (1977, com es cita en Torralba Roselló, 2001) afirma: "yo soy rehén del otro antes de ser yo, soy responsabilidad antes que libertad". Des d'aquesta perspectiva, la demanda del altre és anterior a l'exercici de la

---

<sup>21</sup> Traducció lliure: Además de este aspecto, se destaca que los profesionales involucrados en el cuidado del enfermo, especialmente los de Enfermería, tienen tendencia a escapar de la responsabilidad de ser ellos mismos, dejándose muchas veces guiar por la situación, sin tomar iniciativas, porque todo en tu vida diaria ya está decidido. Esta realidad se configura, por tanto, como una forma de estar-en-el-mundo sin autenticidad.



llibertat i això fa que ser responsable tinga prioritat front a l'exercici de la llibertat i sols es pot parlar d'autèntica llibertat en el marc de la responsabilitat global.

Aquest plantejament és fonamental en la pràctica de la cura de la salut de les persones. Els professionals gaudeixen de llibertat en l'exercici professional però aquesta llibertat no els capacita per fer i desfer, sense considerar les conseqüències de les seues accions sobre l'ésser humà al que atenen. L'exercici de la llibertat professional haurà de desenvolupar-se en el marc d'una responsabilitat global cap a l'altre. Responsabilitzar-se de qualsevol és donar resposta a la seua demanda, és tenir en compte el seu patiment i actuar solidàriament.

Tanmateix i en paraules de Mounier, citat per Domingo Moratalla (2013) "...El hombre libre es el hombre a quien el mundo interroga y que responde. Es el hombre responsable..." (p. 48). És a dir l'experiència de la llibertat i la capacitat d'autodeterminació ens obliga a la responsabilitat. Perquè un subjecte responsable és aquell que respon, atén, cuida o està al servei de l'altre.

La cura de la salut de les persones, segons García Hernández et al. (2011), s'enfoca específicament a que les infermeres professionals tinguen la responsabilitat de planificar i executar cures, per tant hauran de conèixer quines cures cal oferir des del moment en que entren en contacte amb el subjecte que sol·licita la cura. I hauran de fer-ho des de la perspectiva d'una cura responsable que no anul·la la llibertat de les persones sinó que les potencia en eixe encontre.

L'activitat de tenir cura no es planteja des d'una lògica de reciprocitat sinó des de la mutualitat i el reconeixement. Domingo Moratalla (2013), afirma que la responsabilitat necessària per tenir cura de les persones ha de ser una responsabilitat que ens fa assolir la falta, la negligència o simplement la culpabilitat i no una responsabilitat on tan sols s'assoleixen els danys, els rics i les conseqüències però deixant intocable l'àmbit de la interioritat moral del subjecte, és a dir una responsabilitat sense consciència de falta.

Tanmateix al *Código de Ética del CIE para las Enfermeras*, queda recollit al punt 2.1, que les infermeres tenen responsabilitat i rendeixen comptes de la pràctica ètica de la infermeria.

Els components que hem considerat per al disseny dels ítems que conté el qüestionari són:

- Reconèixer la responsabilitat que cal assumir com a infermeres i infermers
- Reconèixer que aquesta responsabilitat és legal però també moral
- Reconèixer que aquesta responsabilitat naix de la capacitat per prendre decisions
- Valorar positivament l'autonomia infermera en la cura de les persones, famílies, grups i comunitat
- Mostrar un comportament que no defuig la presa de decisions ni les conseqüències que es deriven

#### **4.2.4. Actitud cap a la comunicació**

Comunicar és fer que un altre participe, posar en comú, transmetre (Institut d'Estudis Catalans, 2007). Quan s'abandona definitivament el paradigma paternalista, utilitzat des dels orígens de la institucionalització de l'atenció

sanitària (Gracia, 1989) i s'instaura el paradigma de la autonomia, la comunicació es transforma en una activitat imprescindible per a aconseguir una atenció sanitària d'excel·lència, ja que com afirmen Guevara et al. (2014) saber escoltar atentament determina que l'acció de tenir cura esdevinga significativa.

La comunicació se presenta com un element fonamental de la convivència humana (Giménez Espert, 2016). Aquesta autora recull a la seua tesis doctoral una anàlisi sobre el significat del concepte comunicació a través d'autors com Watzlawick i Beavin, (1967); Musitu, (1996); Habermas (1993); Pasquali (1980) i Miller (1987). Aquesta anàlisi li permet afirmar que la comunicació és un fenomen humà que ens permet transmetre emocions i opinions i del que no podem defugir. És impossible no comunicar. Aquesta comunicació corre el risc de transformar-se en una mera transmissió d'informació si no existeix acord entre els comunicants. L'intercanvi recíproc és condició indispensable per a que el procés comunicatiu resulte adequat. Un aspecte que destaca aquesta autora (Giménez Espert, 2016) en la seua anàlisi és l'objectiu de la comunicació. La comunicació busca poder modificar comportaments, actituds, representacions o coneixements dels participants en el procés comunicatiu. Tanmateix pretén moure a les persones a fer qualsevol cosa que no farien de manera espontània, és a dir, incidir en la conducta. Des d'aquesta perspectiva la comunicació esdevé en un deure moral, com queda recollit al punt 1.3 del *Código de Ética del CIE para las Enfermeras* (Consejo Internacional de Enfermería, 2021).

En la mateixa direcció apunten les afirmacions de Rojas et al. (2014). Aquestes autores assenyalen que la comunicació és un procés d'enviament

i recepció d'informació, basada en la utilització d'eines de comunicació verbals i no verbals, en el que dos interlocutors interaccionen i on l'existència de feedback és una condició indispensable per a garantir la seua efectivitat. L'absència de comunicació té greus efectes negatius com ara: por, inquietud, ira, pèrdua de control, despersonalització, frustració i ansietat.

Arango i Gómez (2019), referenciant a diversos autors, destaquen que la qualitat de la comunicació, juntament amb la confiança i l'empatia amb el pacient permeten millorar l'adherència als tractaments. En un metaanàlisi realitzat per Haskard Zolnierek i Dimatteo (2009), sobre un total de 127 estudis, permet als autors afirmar que existeix una relació directa entre la manera de comunicar-se amb els pacients i l'adherència, assenyalant que la probabilitat d'adhesió d'un pacient al seu tractament és 2,16 voltes més alta si existeix una comunicació efectiva. A més a més i com assenyala Giménez Espert, (2016), també millora l'autonomia del pacient, i disminueix l'estància hospitalària.

Per a Yoo, HJ et al. (2020), la comunicació terapèutica és un component essencial de la infermeria, en tots els models teòrics infermers s'aprecia el valor i la importància que té, destacant, si més no, en el model de Hildegard Peplau (Marriner Tomey & Raile, 1999). La comunicació implica l'ús d'estratègies per animar als pacients a expressar sentiments i idees, al temps que es transmet acceptació i respecte cap al pacient (Yoo, Lim, & Shim, 2020).

Sobre la consideració de l'efecte terapèutic de la comunicació Sigmund Freud (1915) apuntava: "La ciencia moderna aún no ha producido un

medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”(citat en Soldevilla Pérez, 2007, p. 88).

Els usuaris del sistema sanitari són éssers autònoms, amb capacitat per prendre decisions, responsables de la seua salut i necessiten rebre informació, suficient i comprensible, sobre el seu estat de salut. Tanmateix els professionals sanitaris necessiten obtenir informació sobre la persona, família o grup al que van a dirigir la seua cura per poder identificar en tota la seua dimensió la resposta humana del pacient. Perquè com assegura Whitehead (2001), citat per Giménez Espert (2016), són els professionals que més temps passen amb els pacients i el seu perfil educador és indiscutible. La informació obtinguda ha de permetre una atenció personalitzada i holística. A més a més la relació d'ajuda que es produeix entre la persona, família o grup al que es cuida i la infermera, no és possible si no hi ha comunicació i interacció entre els participants (Rogers, 1968).

Així doncs la comunicació interpersonal, esdevé com un dels indicadors de la qualitat de les cures infermeres. Les infermeres i infermers necessiten desenvolupar la capacitat de comunicació, exercitar-se en l'aprenentatge de les tècniques necessàries per establir una comunicació amb els usuaris i desenvolupar una sensibilitat suficient per aplicar-les en cada situació concreta. La capacitat de comunicació que cal desenvolupar haurà de caracteritzar-se per una *escolta orientada en la persona*, centrada en les necessitats i sentiments dels pacients, ja que és aquesta la que permet augmentar la capacitat empàtica (Díaz-Valentín, et al., 2019). És important destacar la actitud per participar de forma individual o en equip en la comunicació de males notícies (Domínguez Equizábal, 2020).

Tanmateix la comunicació és fonamental en el treball en equip i esdevé una actitud bàsica en el desenvolupament de les activitats de gestió i direcció de les organitzacions sanitàries (Bonilla Aguilar, Gallardo Blavi, & Ferrero Febrer, 2018).

Els components que hem considerat per al disseny dels ítems que conté el qüestionari són:

- Reconèixer la necessitat de comunicar-se per poder tenir cura de les persones
- Reconèixer la sensibilitat de les informacions que les infermeres obtenim durant el procés de cures
- Identificar possibles limitacions per a la comunicació
- Valorar positivament la comunicació respectuosa amb el pacient
- Reconèixer que qualsevol informació sobre la persona, la família el grup o la comunitat pot ser necessària per poder tenir cura
- Actuar mostrant el respecte i la consideració que ha de tenir qualsevol informació obtinguda en el procés de cures

#### **4.2.5. Actitud cap a l'empoderament en salut**

L'Organització Mundial de la Salut (en davant OMS) a l'any 1998 en el glossari sobre promoció de la salut (OMS, 1998)<sup>22</sup>, va incloure el concepte de *Empoderament en salut*, definint-lo com un procés mitjançant el qual les persones adquireixen un major control sobre les decisions i accions que afecten a la seua salut. En eixe procés els individus i els grups expressen

---

<sup>22</sup>

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1)

les seues necessitats, posen de manifest les seues preocupacions, dissenyen estratègies de participació i emprenen accions polítiques, socials i culturals per atendre a les seues necessitats.

L'OMS estableix una diferenciació entre l'empoderament per a la salut individual i l'empoderament per a la salut de la comunitat. En el primer cas es refereix principalment a la capacitat de l'individu per prendre decisions i exercir el control de la seua vida personal. En el segon significa que eixos individus actuen col·lectivament per a aconseguir una major influència i control sobre els determinants de la salut i la qualitat de vida de la comunitat (OMS, 1998). En eixe mateix document també trobem definit el concepte de *Alfabetització per a la salut*, definit com: "las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud" (OMS, 1998, p. 20).

Aquestes dues definicions no fan més que reafirmar-nos en això que s'assenyala en el paràgraf anterior, els usuaris del sistema sanitari són individus autònoms, amb capacitat per prendre decisions i responsables de la seua salut. Perquè com afirmen Guevara et al. (2014):

se considera que la persona es un ser complejo, poseedor de una mente con capacidad para pensar y discernir sobre las diversas situaciones que experimenta en su cotidianeidad. Tal discernimiento o reflexión es una fuente de conocimiento, le permite tomar decisiones guiadas por su sistema de valores, los cuales son aprendidos y reforzados en la familia, la escuela, los medios de comunicación y la Sociedad. (p. 320)

A més a més i com afirma Domingo Moratalla (2013): "...el cuidado responsable no anula la libertad de las personas sino que las potencia en el encuentro" (p. 70). La infermera haurà de ser capaç d'ajudar a l'altre a realitzar tot allò que pot fer per si mateix (Orem, 1993) i a reconèixer la seua vulnerabilitat. Ja que és fonamental ajudar a la persona a viure la seua autonomia en tot allò referent a la prevenció i/o recuperació de la malaltia (Arroyo Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, & Zugasti Cabrillo, 1997).

Segons García Hernández et al. (2011), les infermeres expressen que tenir cura de les persones també és ensenyar i ensenyar és una relació entre el pacient i la infermera a través de la comunicació i la interrelació.

Així doncs, els professionals hauran de treballar per fer possible l'empoderament de la persona, la família i/o la comunitat. Les situacions de malaltia poden generar estats de dependència i com afirma Cortina, la situació en la que una persona depèn d'altres no és humanament desitjable. Siles González i Solano Ruíz (2009), assenyalen que des d'una perspectiva sociocrítica cal apostar per la participació de l'individu, la família i la comunitat en la planificació dels seus estils de vida i dels seus nivells de salut-malaltia.

Per tant, queda de manifest que la l'educació per a la salut, des d'una perspectiva integral cal entendre-la no sols com generadora d'aprenentatges per a l'autocura individual, sinó per a l'exercici de la



ciudadania, la mobilització i la construcció col·lectiva de la salut (Instituto Proinapsa-UIS Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)<sup>23</sup>

Així les persones aprenen per a viure millor i és per això que l'educació per a la salut ens permet aconseguir l'empoderament i transformar les realitats en les que estem immersos. Allò essencial de l'Educació per a la salut segons Siles González i Solano Ruíz (2009), consisteix en canviar i/o propiciar actuacions com ara conductes, estils de vida, fets, i també pensaments, idees, mentalitats, valors, creences i sentiments, dimensió afectiva i actitudinal.

El compromís de les infermeres amb l'Educació per a la salut és un deure moral. Les infermeres assoleixen aquest deure durant la seua formació amb l'objectiu de promocionar la capacitat crítica de les persones per a aconseguir el seu desenvolupament individual i social (Ospina Rava, Sandoval, Aristizabal Botero, & Ramírez Gómez, 2005). En aquest sentint Dillard-Wright & Shields-Haas (2021) defensen el desenvolupament de models de pràctica infermera que s'involucren intencionalment en qüestions de política i economia, sobre la base de la equitat i la justícia. Aquest plantejament naix del compromís moral amb la justícia social que tenen els infermers i les infermeres. Asseguren que aquest compromís sociopolític no és opcional, és fonamental per a la infermeria com a disciplina i ciència i per

---

<sup>23</sup> Documento no publicat. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>.

tant els infermers i les infermeres no poden defugir de la seua responsabilitat com a denunciants i agents de canvi.

Al punt 1.6 del *Código de Ética del CIE para las Enfermeras* es recull que les infermeres comparteixen amb la societat la responsabilitat de posar en marxa i mantenir les intervencions necessàries per a satisfer les necessitats de salut i socials de les persones.

Els components que hem considerat per al disseny dels ítems que conté el qüestionari són:

- Reconèixer l'autonomia de les persones i la seua capacitat per fer-se càrrec de la seua salut
- Reconèixer el paper que desenvolupen les infermeres com a promotores d'aquesta autonomia mitjançant l'educació per a la salut.
- Valorar el compromís de les infermers en l'educació per a la salut
- Mostar la percepció que tenen les infermeres d'aquesta responsabilitat en funció del lloc de treball
- Evidenciar el compromís amb l'educació per a la salut mitjançant l'activitat pràctica

#### **4.2.6. Actitud cap a la competència tècnica**

La competència tècnica ha estat una característica fonamental en el desenvolupament de la professió infermera. Com ha quedat descrit a l'apartat d'història, els actuals infermers i infermeres són hereus dels anomenats Ajudants Tècnics Sanitaris, la formació dels quals tenia com a objectiu prioritari la capaciació tècnica, especialment a nivell instrumental. Des del paradigma positivista, segons assenyalen Siles González i Solano

Ruíz (2009) l'interès per consagrar a l'objectivitat el procés investigador, va fer que la infermera quedara reduïda a una mera aplicadora de tècniques instrumentals i el pacient en un receptor d'aquestes sense cap opció a la participació. Però com assenyala Collière (1982) la tècnica, aïllada del qüestionament tecnològic esdevindrà dolenta i fins i tot perillosa.

Qüestionar-se l'abast i el significat de les tècniques utilitzades en la cura de la salut de les persones, significa preguntar-se sobre el valor que tenen, en quina mesura satisfan les necessitats de la vida, o si solament satisfan una necessitat aïllada del marc de vida de la persona, de la seua família o del grup al que pertany. Així doncs com afirma Collière (1982), el tipus d'atenció d'infermeria que donem s'identificarà millor i es farà palès si qüestionem la conveniència de les eines que utilitzem i com les utilitzem. "Pour pouvoir "aider à vivre", faciliter la vie, l'utilisation d'outils et de techniques de soins demande à ne pas être dissociée du support relationnel qui leur confère tout leur signification"<sup>24</sup> (p. 276).

La transformació dels estudis va eliminar el caràcter preferent de la capacitació tècnica instrumental, perquè aquestes tècniques no són solament les que doten de caràcter professional a l'acció de tenir cura, i va incloure l'aprenentatge d'altres tècniques com ara les habilitats socials. L'habilitat tècnica és una més de les habilitats específiques de la professió infermera i haurà de ser dominada si volem apropar-nos a l'excel·lència professional (Arroyo Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, & Zugasti Cabrillo, 1997).

---

<sup>24</sup> Traducció lliure: Per poder "ajudar a viure", per fer la vida més fàcil, l'ús d'eines i tècniques de cures requereix no separar-les del suport relacional que és el que els dota de significat.

Una adequada actitud cap a la competència tècnica és, com ja s'ha assenyalat, fonamental per tenir cura de la salut de les persones, no obstant això cal cridar l'atenció sobre l'efecte negatiu que té l'excés de confiança en la tècnica i que, segons apunta Domingo Moratalla (2013), pot convertir-se en una esclavitud que no ens permeta assolir el compromís i la responsabilitat. Una dependència de les tecnologies pot anul·lar la nostra capacitat per admirar-nos del món i centrar la nostra voluntat en una *voluntat de poder* deixant de banda la *voluntat de la cura*. "El progreso tecnológico nos incapacita para el misterio, el agradecimiento y la admiración" (p. 67).

Pel que fa a la responsabilitat ètica professional, el *Código de Ética del CIE para las Enfermeras* recull al punt 1.11, l'obligació moral que tenen les infermeres d'assegurar-se de que la tecnologia i els avanços científics són compatibles amb la seguretat i la dignitat de les persones, garantint sempre que les cures es mantinguen centrades en la persona i que els dispositius utilitzats en cap cas acaben substituïnt a les relacions humanes.

Els components que hem considerat per al disseny dels ítems que conté el qüestionari són:

- Reconèixer que les tècniques són instruments per desenvolupar la cura de les persones, famílies, grups i comunitat i per tant no són la finalitat de l'actuació infermera sinó un mitja per aconseguir l'excel·lència professional
- Valorar la importància de la competència tècnica en la determinació de la qualitat professional d'un infermer i d'una infermera

- Valorar en quina mesura la competència tècnica és una prioritat per als infermers i les infermeres

#### **4.2.7. Actitud cap a l'autoestima professional**

Per poder emprendre i portar endavant els projectes vitals és necessari estimar-se, tenir una raonable confiança en sí mateix (Arroyo Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, & Zugasti Cabrillo, 1997). L'estima de sí, com assenyala Domingo Moratalla (2013), no ha de confondre's amb l'amor propi, i és tan important com ho és la preocupació per l'altre. Tant és així que no és possible tenir disponibilitat cap els altres sinó la tenim cap a nosaltres mateix.

A més a més, l'autoestima resulta imprescindible per a que les tasques que desenvolupem ens il·lusionen. Els professionals infermers i infermeres necessiten tenir un bon concepte de la seua professió.

L'evolució històrica de l'activitat de tenir cura, al estar vinculada a la religió i condicionada pel gènere ha fet que les persones que la exerceixen ocupen socialment un lloc de subordinació i dependència que ha contribuït negativament en el desenvolupament de l'autoestima professional. Segons Anna Ramió (2015) en la pràctica infermera existeixen diferents factors que no afavoreixen l'adopció d'una identitat professional forta. Són elements que expliquen juntament amb el predomini de dones en la titulació, el manteniment d'una identitat dèbil. Aquests factors són: la desvalorització social de les cures; un desenvolupament escàs de la carrera professional; unes condicions de treball precàries; una posició ambivalent de l'Estat en relació al col·lectiu infermer; i el desenvolupament curricular de la disciplina infermera. Tanmateix i com afirmen Olano Lizarraga i García Vivar (2012)

en un context sanitari on els serveis de salut estan *industrialitzats* i allò important és la qualitat de l'atenció i la reducció de les despeses, el cost és un variable quantificable mentre que la cura no ho és i això pot estar contribuint a enfosquir el treball de tenir cura que realitzen les infermeres i els infermers i influint negativament sobre l'autoestima professional.

La autoestima és la vessant valorativa del autoconcepte (González-Pienda, Núñez Pérez, González-Pumariegay, & García García, 1997). Segons aquests autors, en la dimensió conceptual del mot *autoconcepte*, s'aprecia una vessant de caràcter descriptiu i altra de caràcter valoratiu. La vessant descriptiva també anomenada *autoimatge* es correspon amb la percepció d'allò que soc. La vessant valorativa anomenada també *autoestima*, es correspon amb la valoració d'eixa autoimatge. Tanmateix és important destacar que segons aquests autors l'autoconcepte té qualitats com ara "la de ser dinàmic i posseir una organització interna útil per assimilar informació, guiar el comportament, i si fos necessari, acomodar-se a les exigències ambientals" (p. 273).

Pel que fa a l'autoestima, González et al. (1997) la vinculen a l'autoconcepte ideal, és a dir, a allò que li agradaria ser a la persona, en tant que té un gran valor i importància per a ella; i també a allò que als altres els agradaria que fos eixa persona, pel valor que això té per als altres. La discrepància entre l'autoimatge percebuda i la ideal pot generar en la persona un nivell alt d'ansietat, que pot desencadenar una autoconcepte negatiu i fins i tot un estat depressiu.

L'evolució desigual en la formació i en el paper desenvolupat per les infermeres, ha incidit en el seu autoconcepte ocasionant una col·lisió entre la vessant descriptiva i la valorativa, agreujada per la diferència entre

l'autoconcepte ideal, és a dir allò que li agradaria ser a la infermera i lo que als altres els agradaria que fos la infermera, afectant negativament a l'autoestima.

Aquesta situació pot ser altament negativa ja que les infermeres i els infermers necessiten tenir cura d'elles mateixa per poder tenir-la dels altres i valorar-se forma part d'eixa autocura que ens ha d'ajudar a *empoderar-nos* com a col·lectiu.

C'est un leurre de penser et de laisser croire au public que l'on peut soigner à faire renaître la vie, la maintenir si l'on ne vit pas soi-même, si la pression de la demande exercée sur la vie physique et affective des soignants dépasse un seuil de survie. Comme les usagers des soins, les infirmières et infirmiers connaissent des seuils de tolérance aux possibilités de prodiguer des soins<sup>25</sup>. (Collière, 1982, p. 329)

Sens dubte una baixa autoestima professional pot fer-nos sobrepassar eixe llindar al que es refereix Collière (1982) i incapacitar-nos per a tenir cura dels altres. Perquè segons Ospina Rava et al. (2005), tenir cura de la salut de les persones és un repte per a cada infermera, en tant que "implica gestionar el seu propi projecte de vida i reconèixer-se com a persona i com a professional en els mons físic, social i simbòlic que constitueixen l'univers de la vida" (p. 16).

Els components que hem considerat per al disseny dels ítems que conté el qüestionari són:

---

<sup>25</sup> Traducció lliure: És una il·lusió pensar o deixar que el públic pense que es pot tenir cura per recuperar la vida o mantenir-la si no la vivim nosaltres mateix, si la pressió que exerceix la demanda de cures físiques i afectives sobre els cuidadors supera el llindar de supervivència. Com els usuaris de les cures, les infermeres i els infermers tenen llindars de tolerància sobre les possibilitats de prestar atenció

- Reconèixer el paper que té l'autoestima professional en el desenvolupament de la tasca de tenir cura de la salut de les persones
- Mesurar el sentiment d'autoestima professional
- Identificar en quina mesura l'entorn social condiciona l'autoestima professional dels infermers i les infermeres
- Mostrar en quina mesura el comportament en la pràctica de les cures està condicionat per l'autoestima professional



**MARC EMPÍRIC**

## **Marc Empíric**

En aquest bloc es descriu, en primer lloc, la metodologia utilitzada per a la construcció del qüestionari i la seua validació, així com el procediment seguit. Es mostren els objectius i es formulen les hipòtesis que guiaran tot el procés.

En segon lloc, es detallen els resultats del procés de validació, tant pel que fa a la intervenció d'expertes i experts, com a l'anàlisi psicomètric del qüestionari, acompanyats de la discussió.

Finalment es mostren les conclusions, les limitacions de l'estudi, a més d'una proposta de futures línies d'investigació.

## **CAPITOL 5. Metodologia**

Es tracta d'una investigació metodològica (Polit & Hungler, 2000). S'ha utilitzat un disseny quantitatiu de validació de proves (Bandalos, *Measurement Theory and Applications for the Social Sciences*, 2018) i (Jornet Meliá, Suárez Rodríguez, & Pérez Carbonell, 2000), descrit a l'apartat de procediment, amb la finalitat de dissenyar i validar una eina per mesurar les actituds per tenir cura de la salut de les persones, entre l'alumnat de la Facultat d'Infermeria i Podologia de la Universitat de València.

### **5.1. Objectius i Hipòtesis**

Aquest projecte té com a punt de partida l'interès per conèixer la presència, entre l'alumnat de la titulació del Grau en Infermeria, de les actituds que Adela Cortina considera rellevants per poder tenir cura de la salut de les persones i en quina mesura la formació rebuda durant els quatre anys de permanència a la Universitat, modifica el nivell d'aquestes actituds. La

manca d'un instrument adequat ens ha conduit a centrar la investigació en el disseny i validació d'un instrument per mesurar el nivell de aquestes actituds entre l'alumnat de la titulació del Grau en Infermeria.

Es plantegen els següents objectius:

### **Objectiu General**

Dissenyar i validar una escala de valoració de les actituds que es consideren necessàries per tenir cura de la salut de les persones.

### **Objectius Específics**

1. Definir i analitzar el marc teòric que dona suport al constructe tenir cura de la salut de les persones i al constructe actituds necessàries per a la cura.
2. Dissenyar un instrument de valoració de les actituds necessàries per tenir cura de la salut de les persones.
3. Demostrar la validesa i fiabilitat de l'instrument mitjançant les proves estadístiques adients.

La consecució d'aquests objectius ens permetrà la confirmació o rebuig de les següents hipòtesis:

1. El qüestionari de *Valoració de les Actituds Necessàries per tenir Cura de la Salut de les persones* (endavant *VANCS*) permetrà determinar el nivell d'adquisició d'aquestes actituds per part de l'alumnat del Grau en Infermeria.
2. El qüestionari *VANCS* permetrà identificar canvis en l'adquisició d'aquestes actituds per part de l'alumnat del Grau en Infermeria.

## 5.2. Participants

L'aplicació del qüestionari per a la seua validació, s'ha fet entre l'alumnat de la titulació d'Infermeria. Per determinar la grandària de la mostra s'ha tingut en compte que el total d'alumnat matriculat en la titulació de Grau en Infermeria a la Comunitat Valenciana, en el curs 2018-2019, ascendeix a una població objectiu de 5.156 estudiants i estudiantes, segons la informació publicada el 25 de juny de 2019 pel Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, adreça <http://estadisticas.mecd.gob.es> (data de consulta 22 de novembre de 2019). Per a un nivell de confiança del 95%, un error del 4,84% i una estimació de la proporció objectiu del nostre estudi del 50%, que maximitza la grandària mostral, la mostra necessària seria de 380 estudiants i estudiantes per al test i 100 per al retest. Degut a les circumstàncies que s'han generat com a resultat de la pandèmia de COVID19, durant el curs 2020-2021, la mostra obtinguda ha estat de 309 en el cas del test i de 99 en el retest.

Aquesta circumstància també ens ha obligat a modificar el procediment de recollida de dades. La previsió era fer-ho de manera directa i en format paper (Annex 1), però amb la modificació del tipus de docència, que va passar a ser majoritàriament virtual, i l'absència d'alumnat a les aules va haver de preparar-se una versió online de l'escala a través de la plataforma *Formularios de Google* <https://docs.google.com/forms/u/0/>.

Tanmateix, i amb l'objectiu d'obtenir el màxim possible de dades, la recollida, que en un primer moment estava previst fer-la entre l'alumnat matriculat en tercer i quart curs del Grau en Infermeria, de la Facultat d'Infermeria i Podologia, va haver d'ampliar-se amb la participació de l'alumnat de l'Escola Universitària d'Infermeria La FE de la Universitat de

València i les Universitats d'Alacant, Castelló i Alcalá de Henares. El nivell de participació de l'alumnat d'aquestes tres universitats ha estat pràcticament insignificant, no superant l'1%.

Els criteris d'inclusió utilitzats han estat ser alumne o alumna matriculada en tercer o quart curs del Grau en Infermeria, que haja signat el consentiment informat (Annex 2). L'elecció dels participants entre l'alumnat de tercer i quart curs respon a la necessitat de que hagen tingut un contacte amb la pràctica assistencial, bé a nivell comunitari, hospitalari o ambdós.

### **5.3. Procediment**

El qüestionari de *Valoració de les Actituds Necessàries per tenir Cura de la Salut de les persones VANCS*, ha estat dissenyat tenint en compte l'anàlisi del constructe actitud sobre la base de la *Teoría de Acción Razonada* de Fishbein i Ajzen (1980) i del concepte tenir cura, des de la consideració de la *Ética del Cuidado* de Gilligan (2003), dels models teòrics infermers (Marriner Tomey & Raile, 1999), i de la proposta de Cortina sobre les actituds necessàries per a un infermer o infermera madura (1997). Tot i atenent a les normes establertes en els Estàndards per a probes Educatives i Psicològiques (2018).

El material bibliogràfic utilitzat en la realització d'aquesta tesi inclou documents procedents de diferents tipus de publicacions: llibres, articles de revistes, tesis doctorals, publicacions d'òrgans i institucions públiques i privades, i literatura gris. Una part dels llibres, articles de revistes i tesis consultades són de la nostra col·lecció particular, la resta l'hem obtingut mitjançant l'accés a la plataforma *Trobes* de la Universitat de València <http://trobes.uv.es>, a la plataforma *Academia* <https://www.academia.edu/> i *Google*

*llibres*. Aquestes plataformes ens han permès consultar les bases de dades on hem obtingut els materials referenciats i/o accedir directament a la font. Pel que fa a les publicacions d'òrgans i institucions públiques i privades, l'accés ha estat des de la plataforma *Google* <http://www.google.com>.

Tant des de la plataforma *Academia*, com des de la base de dades *PubMED*, hem rebut alertes periòdiques sobre la disponibilitat de documents: articles, llibres, que atendien a les paraules clau utilitzades en la consulta inicial. La qual cosa ens ha permès anar incorporant informació actualitzada.

Els documents considerats literatura gris formen part de la col·lecció de materials recopilats al llarg de la nostra trajectòria professional procedents de congressos, seminaris, jornades, encontres, conferències, etc. en les que hem participat i de textos de narrativa i poesia. Les bases de dades consultades han estat:

### **Ciències de la Salut:**

Cuidatge <http://teledoc.urv.es/cuidatge/>

Cuiden Plus <http://cuiden.fundacionindex.com/>

Lilacs <https://lilacs.bvsalud.org/es/>

PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Amb aquesta base de dades hem mantingut un contacte continua des de 2017 mitjançant l'opció d'alertes.

Encuentra (Enferteca) <https://www.enferteca.com/>

Enfispo <http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/enfispo/>

Nursing Ovid <http://ovidsp.dc2.ovid.com/>

### **Ciències socials:**

PsycINFO

<https://search.proquest.com/psycinfo/advanced/socialsciences/fromDatabasesLayer?accountid=14777>

ProQuest Social Sciences Premium Collection

<https://search.proquest.com/socialsciencepremium>

PsycArticles <https://search.proquest.com/psycarticles?accountid=14777>

SociologyDatabase <https://search.proquest.com/sociology?accountid=14777>

## **Psicologia**

PsycoTests

<https://search.proquest.com/psyc-tests/results/6A612DE6D147490BPQ/1?accountid=14777#mlditem12>

Les paraules clau utilitzades per a la recerca han estat:

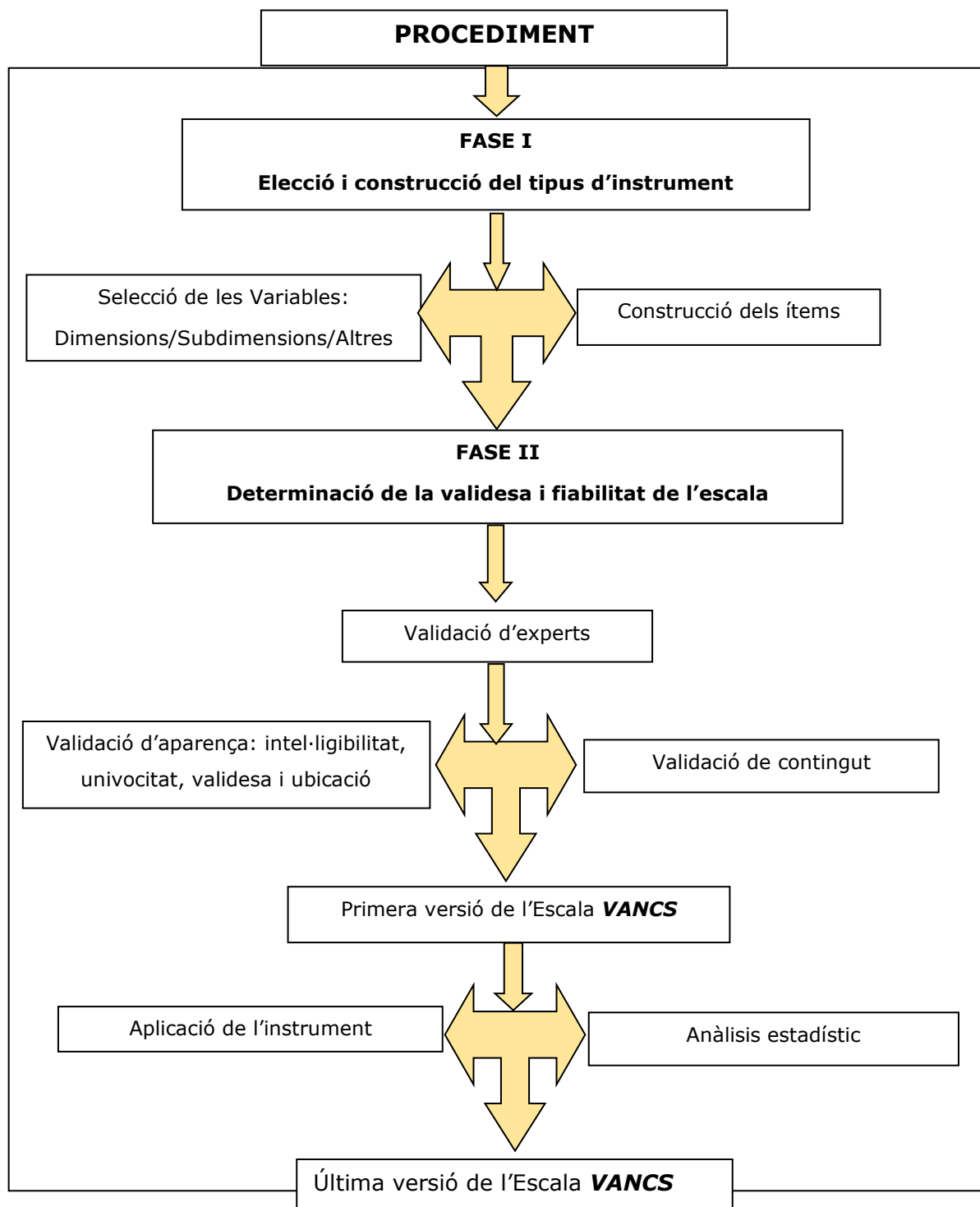
*Actituds/Infermeria/TenirCura/Cuidados/Escales/Validació/Empatia/Compassió/Vocació/Comunicació/Empoderament/Responsabilitat/Autoestima*

*Attitudes/Nursing/HavingCure/Care/Scales/Validation/Empathy/Compassion/Vocation/Communication/Empowerment/Responsibilit/Self-esteem*

Al diagrama de flux, que apareix a continuació, es descriu el procediment seguit a partir de l'anàlisi dels constructes implicats i l'elaboració del marc teòric.

**Figura 5**

*Diagrama de flux sobre el procediment d'elaboració i validació*





En el procediment, com es pot veure al diagrama, s'han distingit dos moments o fases: la fase I, on es va procedir a l'elecció i construcció de l'instrument; i la fase II on es va realitzar la seua validació.

### **5.3.1. FASE I: Elecció i construcció del tipus d'instrument**

Les actituds són un constructe difícil de mesurar. No permeten una valoració directa i hauran de ser avaluades, a través de les expressions verbals i les manifestacions conductuals de les persones humanes. Segons Thurstone, citat per Ospina Rava et al. (2005), aquestes manifestacions ens serviran com a indicadors de manera que "si obtenim un índex de l'acceptació o el rebuig de les opinions, estem obtenint indirectament una mesura de les seues actituds, independentment de lo que eixes persones puguen sentir en realitat o de les seues accions" (p. 20).

Segons Morales Vallejo, Urosa Sanz i Blanco Blanco (2003) si es revisa la literatura de caràcter experimental, tesis doctorals i tot tipus d'investigacions ens adonem de la utilització aclaparadora de les escales tipus *Likert* (Rensis Likert, 1932) per a mesurar actituds. Aquestes autores consideren que hi ha dues raons fonamentals: la simplicitat del mètode i els bons resultats generals, destacant que aquesta simplicitat no està renyida amb la qualitat.

L'instrument que es vol dissenyar ens ha de permetre conèixer *quant* té cada estudiant i estudianta d'infermeria del tret (*actitud*) que mesurem. Així doncs, quan hom respon al qüestionari d'actituds, la persona queda situada en el continuo del tret que s'ha mesurat, mostrant quin lloc ocupa en eixe continuo. I això ens ho va permetre una escala tipus *Likert* ja que la suma d'una sèrie de respostes a ítems suposadament homogenis, que expressen el mateix tret, situarà a cada subjecte en un punt de la variable mesurada.

En les escales tipus *Likert* cada subjecte respon a cada pregunta o estímul de manera independent, no ordena ni escull, sinó que respon a tots els estímuls (ítems) indicant el seu grau d'acord, cada resposta té un valor numèric i la puntuació de cada subjecte és la suma de totes les respostes.

L'instrument es construeix en base a set (7) dimensions, corresponents a les actituds: *compassió; actitud vocacionada; responsabilitat; actitud cap a la comunicació; actitud cap a l'empoderament en salut; actitud cap a la competència tècnica i actitud cap a l'autoestima professional*. En cadascuna d'aquestes dimensions, i atenent als referents teòrics utilitzats, es definiren tres subdimensions: cognitiva; afectiva-avaluativa i conductual.

Inicialment es varen formular un total de 83 ítems, distribuïts entre les set dimensions de manera que sobre la dimensió compassió hi havia dotze(12) ítems; sobre l'actitud vocacionada nou(9), en responsabilitat dotze(12), en actitud cap a la comunicació catorze(14), en actitud cap a l'empoderament en salut tretze(13), en actitud cap a la competència tècnica onze(11), i en actitud cap a l'autoestima professional dotze(12). Aquesta proposta inicial va estar revisada amb el director i les dues directores, modificant-se i quedant finalment una escala/qüestionari amb un total de 114 ítems.

A continuació es va determinar la forma de resposta, el nombre de respostes i la clau de correcció. A l'hora de determinar aquests aspectes es va tenir en compte la proposta de Morales Vallejo, Urosa Sanz i Blanco Blanco (2003). Segons aquestes autores en les escales d'actitud les respostes solen expressar grau d'acord respecte de l'opinió recollida a l'ítem, no obstant això també poden aparèixer redactades expressant importància, freqüència, valoració. Quan les respostes estan expressades en números en tots els

Ítems haurà de mantenir-se la direcció, és a dir molt d'acord sempre haurà de tenir la màxima puntuació, malgrat que posteriorment se canvien aquests valors en la *clau de correcció*. Les diferents maneres d'expressar les respostes i l'ordre en el que apareixen en l'escala no afecten a la fiabilitat i validesa. Allò verdaderament important és que els ítems siguin clars i que els subjectes estiguen suficientment motivats per a respondre.

Pel que fa al nombre de respostes, es considera que cinc(5) són les habituals. No obstant això cal dir que a major nombre de respostes sol haver en tota l'escala una major fiabilitat. Respecte del nombre de respostes i concretament si han de ser parells o imparells, el punt de partida és que són preferibles tres respostes(3) a dues(2); i sembla clar que la resposta indiferent si que pertany al continu de menys a més i és correcte codificar-la amb el número tres(3). Alguns autors consideren més adequada l'opció de respostes parelles (4 o 6) en tant que d'aquesta manera es poden agrupar les respostes en dues grans categories: acord i desacord. Tanmateix consideren que suprimir l'opció intermèdia evita que els subjectes que responen s'acomoden en la resposta central. No obstant això no es pot establir com a norma un nombre parell de respostes (Morales Vallejo, Urosa Sanz, & Blanco Blanco, 2003).

Així doncs, es va decidir utilitzar un nombre de respostes imparells, quedant de la següent manera: resposta 1 molt en desacord, resposta 2 en desacord, resposta 3 indecís, resposta 4 d'acord, resposta 5 molt d'acord.

A més dels ítems, es van preparar preguntes per valorar un conjunt de variables sociodemogràfiques que es varen considerar d'interès: edat, sexe,

curs, primera opció d'entrada a la universitat, estudis previs, experiència prèvia assistencial.

### **5.3.2. FASE II: Determinació de la validesa i fiabilitat de l'escala**

Per tal de validar el contingut de l'escala i la seua aparença es va procedir a sol·licitar la col·laboració d'experts i expertes. Autors i autores com Pedrosa, Suárez i García-Cueto (2014) Galicia Alarcón, Balderrama Trápaga i Edel Navarro (2017); Escobar-Pérez i Cuervo Martínez (2008); Bernal García, Salamanca Jiménez i Pérez Gutiérrez (2020), entre altres, coincideixen en la importància del *panel o judici d'experts* com a estratègia per a mesurar la validesa de contingut d'una escala. Tanmateix, en un estudi realitzat per Urrutia Egaña et al. (2014) per identificar els mètodes òptims per determinar la validesa de contingut, aquestes autores troben que el comitè d'experts és, juntament amb l'entrevista cognitiva, la metodologia més utilitzada per validar el contingut.

Segons Escobar-Pérez i Cuervo Martínez (2008), la validesa de contingut és la mesura de com d'adequat és l'instrument per a allò que pretén mesurar. Concretament en aquest cas ens permetrà determinar si el conjunt dels ítems continguts en cada subdimensió són una mostra representativa del constructe actituds per tenir cura de la salut de les persones. Pedrosa, Suárez i García-Cueto (2014) en referència a Cureton (1951) afirmen que si es pretén validar ítems estadísticament, cal acceptar que el criteri de treball utilitzat és adequat i per tant, els ítems haurien "d'evocar allò que diuen estar mesurant i constituir una mostra representativa de l'univers de mesura" (p. 4). A partir d'eixe moment ha anat en augment el protagonisme del paràmetre validesa de contingut, fins l'actualitat, tal i com es mostra en els *Estàndards per a probes educatives i psicològiques* (2018).

Tant Escobar i Cuervo (2008), com Urrutia et al. (2014), assenyalen que el panel o judici d'experts és una estratègia fonamental i una de les metodologies més utilitzades per a la validació de contingut. El judici d'experts és l'opinió informada de persones amb trajectòria en el tema, reconegudes i que poden donar informació, evidència, judicis i valoracions. Pedrosa, Suárez i García-Cueto (2014), per reforçar el valor del panel o judici d'experts, fan referència a la definició operativa sobre la validesa de contingut que proposa Guion (1977). Aquest autor considera necessàries cinc condicions per acceptar la validesa de contingut i en una d'elles es fa referència explícita al judici d'experts afirmant que jutges qualificats hauran d'estar d'acord en que s'ha fet un mostratge adequat del domini. D'acord amb Martín Arribas (2004), amb el panel o judici d'experts es tracta de sotmetre el qüestionari a la valoració dels investigadors i investigadores que hauran de jutjar la capacitat d'aquest instrument per avaluar les dimensions que volem mesurar. No procedeix, per tant, cap càlcul, sols les valoracions qualitatives que aquestes investigadores hauran de fer.

Així doncs es va procedir a la constitució del panel d'experts. En concret doctors i doctores amb formació en infermeria i/o psicologia i/o pedagogia, amb experiència docent-assistencial i investigadora, tant a l'àmbit infermer com de la psicologia, sociologia, pedagogia i metodologia. Per determinar el nombre de participants s'ha tingut en compte que segons Escobar i Cuervo (2008) el nombre de jutges o jutgesses que són necessaris en un judici dependrà del nivell d'expertesa i de la diversitat del coneixement, però assenyalen que no existeix acord respecte de la quantitat adequada. Els resultats de la revisió que aquestes autores han realitzat mostren un rang de dos(2) fins a vint(20), considerant que si un 80% dels experts i expertes

han estat d'acord amb la validesa d'un ítem aquest pot ser incorporat al document. En eixe sentit ens pronuncia també Urrutia et al (2014), en la revisió realitzada per aquestes autores es troben propostes d'un mínim de tres(3) i un màxim de trenta(30).

D'un total de vint(20) contactes, finalment en l'anàlisi de la validesa, ubicació, univocitat i intel·ligibilitat van participar cinc(5) expertes i sis(6) experts, i en la validació del contingut dos(2) expertes i tres(3) experts, considerant adequat el nombre de participants en els dos casos.

En un primer contacte amb els experts i expertes es va sol·licitar que avaluaren, en cadascun dels ítems de l'escala que se'ls va remetre (Annex 3), les següents característiques:

- *VALIDESA* considerant aquesta com l'adequació-idoneïtat de l'ítem respecte a l'objecte d'estudi. Un ítem és vàlid quan aporta informació de qualitat sobre l'objecte d'estudi de que es tracta.
- *UBICACIÓ* considerant aquesta com l'assignació de l'ítem a la dimensió de que es tracta, valorant en quina mesura és correcta.
- *UNIVOCITAT* considerada com la precisió en la formulació de l'ítem, és a dir que sols puga entendre's de un manera concreta, front a la possible ambigüïtat o altres interpretacions.
- *INTEL·LIGIBILITAT* entesa com la capacitat de comprensió de l'ítem per part de la població a la que està dirigit.

Les categories a utilitzar van ser: 1- gens, 2- poc, 3-regular, 4-prou, 5 molt. Es va procedir a l'anàlisi de les mitjanes de les puntuacions obtingudes en cada ítem, acordant que si aquesta mitjana era  $\geq 4$  es consideraria que l'ítem és acceptable des de la perspectiva del criteri que ha estat avaluat. En cas de que la mitjana fos inferior a 4 però igual o major a 3, caldrà revisar els

comentaris formulats pels experts i expertes i decidir finalment si es manté, a l'espera dels resultats de fiabilitat, validesa i estabilitat, o si és eliminat.

En un segon contacte es va sol·licitar la valoració dels ítems des de la perspectiva del seu contingut. Per poder realitzar aquesta valoració es va remetre una taula (Annex 4) on apareixen enunciades i definides cadascuna de les actituds (dimensions) que calia mesurar, així com les subdimensions (cognitiva, afectiva-avaluativa i conductual) i els ítems que formen part de cadascuna. Tanmateix es varen incloure els components i característiques de cada una de les dimensions, que són necessaris per poder determinar el nivell d'assumpció i desenvolupament que té l'alumnat de cadascuna de les actituds. Tenint en compte aquesta informació sobre definicions i components de les dimensions i subdimensions, es va sol·licitar que valoraren si el conjunt d'ítems de cada subdimensió podia considerar-se una mostra representativa del constructe de cada una de les actituds per tenir cura de la salut de les persones.

Les categories que calia utilitzar per a la valoració van ser:

1. Gens, quan el contingut dels ítems no té res a veure amb el constructe de la dimensió i subdimensió.
2. Poc, quan el contingut dels ítems sols es centra en algunes característiques del constructe de la dimensió i subdimensió.
3. Prou, quan el contingut dels ítems té allò essencial però li falta alguna característica fonamental del constructe de la dimensió i subdimensió.
4. Molt, quan el contingut dels ítems conté quasi totes les característiques del constructe de la dimensió i subdimensió, amb alguna absència.

5. Totalment, quan el contingut dels ítems representa completament les característiques del constructe de la dimensió i subdimensió.

Pel que fa a la validesa de contingut, inicialment es va procedir a l'anàlisi de les mitjanes de les puntuacions obtingudes, acordant que si aquesta mitjana era  $\geq 4$  es consideraria que el conjunt d'ítems que formen part d'eixa dimensió, representen suficientment el constructe de la dimensió i subdimensió avaluada. En cas de que la mitjana fos inferior a 4 però igual o major a 3, caldrà revisar els comentaris formulats pels experts i expertes i decidir finalment si es manté, a l'espera dels resultats de fiabilitat, validesa i estabilitat, o és eliminat. A continuació es va calcular l'IVC o *índex de validesa de contingut* proposat per Fehring RJ,(1986) citat per Guirao (2001) amb l'objectiu de determinar si, atenent a l'opinió dels experts i expertes, l'instrument dissenyat mesura el concepte que volem mesurar. Un  $IVC > 0.8$  estaria indicant, segons Polit i Hungler (2000), una validesa de contingut elevada.

La participació del grup d'experts i expertes i les seues aportacions ens va permetre millorar de manera important la formulació dels ítems i modificar la distribució dels ítems en les diferents subdimensions. Amb tot això l'escala va quedar constituïda per un total de 117.

Després d'obtenir l'informe favorable del Comitè d'Ètica d'Investigació en Humans de la Universitat de València (Annex 5), es va procedir a fer còpies en paper del qüestionari; un full informatiu i el document de consentiment informat (Annex 2). A continuació es varen sol·licitar els permisos al deganat de la Facultat d'Infermeria i Podologia i a la direcció de l'Escola Universitària d'Infermeria LA FE, de la Universitat de València i als deganats



corresponents de les Universitats Jaume I de Castelló i Universitat d'Alacant. La recollida de dades com ja hem assenyalat s'inicia de manera presencial, entre l'alumnat de 3 i 4 curs, al mes d'octubre de 2020, amb el document en paper, i va continuar *online* des de novembre de 2020 fins a juny 2021.

**5.3.2.1. ANÀLISIS ESTADÍSTIC.** Les tècniques estadístiques utilitzades responen als objectius de la tesis i per a la seua anàlisis s'ha utilitzat el programa estadístic SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Versió 26) amb llicència de la Universitat de València.

- En primer lloc i per obtenir la consistència interna de l'escala construïda ad hoc, s'ha utilitzat el *Coefficient alfa de Cronbach*. Aquest coeficient és una fórmula general per determinar la fiabilitat d'un instrument en el que la resposta és dicotòmica o té més de dos valors (Aiken, 2003), (Cortina, 1993), com per exemple en una escala d'actituds amb respostes tipus *Likert*. Com que és un dels tipus de *coeficient de consistència interna*, l'*alpha de Cronbach* expressa aquesta consistència interna a partir de la covariació entre els ítems del qüestionari o test, de manera que quan és major la covariació, també ho és l'alfa, (Meneses, et al., 2013). A més a més es calcula l'*Interval de Confiança IC* per valorar la precisió de l'estimació puntual del valor de consistència interna (Dominguez-Lara & Merino-Soto, 2015).
- En segon lloc, per obtenir la validesa de l'escala s'ha utilitzat l'*Escalament Multidimensional (EMD)*. L'*EMD* és una tècnica multivariant d'interdependència, que tracta de representar en un espai geomètric de poques dimensions, les proximitats

existents entre un conjunt d'objectes o d'estímuls. Concretament s'ha aplicat ALSCAL (Alternating Least Squares SCALing), utilitzant la distància euclídea i els següents criteris d'aplicació: 1. Convergència de *S-Stress* de Young  $\leq 0.001$ , valor mínim de *S-Stress* de Young  $\geq 0.005$ ; 2. número màxim d'iteracions  $\leq 30$ . En total s'han realitzat 7 models de *EMD*, un per cada una de les actituds valorades en l'escala, obtenint el gràfic on s'observa l'agrupació dels ítems en cada una de les tres subdimensions analitzades. Per a la interpretació dels resultats s'han considerat els estadístics *Estrès de Kruskal*, amb un valor mínim recomanable de 0.10 (Kruskal, 1964), i la variància explicada (*RSQ*) (*coeficient de correlació de quadrats*), que està considerat un indicador de la bondat de l'ajust i que serà millor conforme s'apropa al valor 1.

- En tercer lloc, s'ha realitzat un test-retest del qüestionari, que ha estat analitzat amb el càlcul de la *t-student* per a mostres emparellades, i amb el *Coeficient de Correlació Interclasse ICC*. S'han identificat els ítems on es produeixen diferències en les mitjanes en els distints moments analitzats amb  $p\text{-valor} < 0.05$ . Respecte del *ICC* els valors oscil·len entre 0 i 1, on el 0 indica absència de concordança i l'1 la concordança o fiabilitat absoluta dels resultats obtinguts.
- Per últim, s'ha realitzat una anàlisi descriptiu de les dades obtingudes en la mostra d'alumnat, amb el càlcul dels estadístics (mitjana, desviació típica, rang...) per tal d'obtenir uns resultats de les actituds analitzades. Tanmateix s'ha

calculat la *t-student* per a mostres no emparellades per tal d'identificar diferències significatives entre les respostes emeses per l'alumnat de tercer i quart.

## **CAPITOL 6. Resultats i Discussió**

A continuació es descriuen els resultats de les actuacions realitzades en el procés d'elaboració i validació del qüestionari *VANCS*. S'ha considerat convenient incorporar la discussió en aquest apartat, per tal d'evitar possibles reiteracions de dades. Així doncs la presentació dels resultats anirà acompanyada de la discussió.

En primer lloc es mostren els resultats del procés de recollida de dades i les variables sociodemogràfiques de la mostra.

En segon lloc els resultats obtinguts en el procés de construcció del qüestionari, detallant les aportacions dels experts i expertes participants i l'estructura i contingut del qüestionari *VANCS*.

En tercer lloc es descriuen les seues propietats psicomètriques: Fiabilitat, Validesa i Estabilitat temporal.

Per últim s'incorporen els resultats obtinguts en la valoració de la presència de les actituds per tenir cura de la salut de les persones, entre l'alumnat participant.

### **6.1. Resultats del procés de recollida de dades**

El procés de recollida de dades, com ja s'ha assenyalat a l'apartat de metodologia, s'ha vist entrebancat per la situació sanitària de pandèmia encetada des de gener de 2020. Inicialment aquesta recollida estava previst realitzar-la mitjançant un document en paper en versió valencià i castellà. Es varen preparar les còpies amb la intenció de realitzar-la entre els dies 15 de setembre i 30 d'octubre de 2020, a l'alumnat de tercer i quart any. La no presencialitat i la reducció de l'alumnat en els grups, va fer necessària l'elaboració del qüestionari *online*, tal i com s'ha descrit a l'apartat de

metodologia. A data 10 de maig de 2021 es va decidir tancar l'accés als qüestionaris online per al test i per al retest.

La mostra obtinguda fou de 309 qüestionaris test i 99 qüestionaris retest, considerant-se aquesta quantitat suficient per poder continuar amb el procés de validació.

### **6.1.2. Descripció de la mostra**

El perfil de les participants pel que fa a l'edat; el sexe i el curs es descriu en les següents taules:

#### **Taula 4**

*Distribució de la mostra per edat dels participants*

<b>Edat</b>	<b>Freqüència</b>	<b>Percentatge vàlid</b>
<b>18-22 anys</b>	229	<b>74,1</b>
<b>23-27 anys</b>	44	14,2
<b>28 o més</b>	36	11,7
<b>TOTAL</b>	309	100,0

Pel que fa a l'edat, Taula 4, és en la franja de 18 a 22 anys on es troben el major nombre de les participants (229), amb un percentatge del 74,1%. El nombre de participants (44) que s'inclou a la franja de 23 a 27 anys significa un percentatge del 14,2% i a la franja de 28 anys o més els participants (36) són el 11,% del total de la mostra.

## Taula 5

*Distribució de la mostra per sexe*

Sexe	Freqüència	Percentatge vàlid
Dones	274	<b>89</b>
Homes	34	11,0
<b>TOTAL</b>	308	100,0
Perduts	1	
<b>TOTAL</b>	309	100,0

En relació amb el sexe dels i les participants, Taula 5, el 89% han donat com a resposta dona i els 11% home. Aquesta proporció és també equivalent a la d'homes i dones que accedeixen a la titulació. L'acció de tenir cura ha estat, com s'ha comentat anteriorment, associada al gènere femení i malgrat que la unificació dels títols d'ATS masculí i femení, a l'any 1977, conflueix en una única formació, diplomant en infermeria, la presència d'homes a les aules va anar disminuint. Des de la primera promoció de diplomats, fins a l'actualitat amb el títol de grau, el percentatge d'homes matriculats és manté al voltant d'un 20%. Hernández Ortega; González Pascual i Fernández Araque (2020) destaquen en el seu estudi la presència majoritària d'alumnat femení, apuntant que aquesta situació és la predominant en les investigacions relacionades amb l'alumnat de la titulació d'Infermeria. No obstant recullen dos treballs internacionals on es mostra una presència majoritària d'homes. Es tracta de dos estudis procedents d'Àrabia Saudita (Shadaifat, Jamama, & Al-Amer, 2018) i (Alsaqri, 2017). En aquests treballs es reflecteix un percentatge d'homes i dones matriculats en infermeria al voltant del 50%. Hernández Ortega; González Pascual i Fernández Araque (2020), atribueixen aquesta diferència a variables socioculturals.

En el curs 2020-2021 el percentatge d'homes matriculats en tercer curs de la Facultat d'Infermeria i Podologia de la UV fou d'un 12,9%, i en quart un 13,2%. Pel que fa a la Escuela de Enfermería LA FE de València, en tercer curs un 14.06% de l'alumnat matriculat eren homes i en quart curs un 15.8%. El perfil de la mostra s'aproxima al perfil de l'alumnat de tercer i quart del curs 2020/2021, tant pel que fa a l'edat dels participants com al sexe.

## Taula 6

*Distribució de la mostra per curs i centre*

Curs Centre		Freqüència	Percentatge vàlid
3 curs	FIP UV	90	29,3
	EUE LA FE	47	15,3
	<b>TOTAL</b>	137	<b>44,6</b>
4 curs	FIP UV	124	40,4
	EUE LA FE	46	15
	<b>TOTAL</b>	170	<b>55,4</b>
	<b>ALTRES</b>	2	,6
<b>TOTAL</b>		309	100,0

La mostra està formada per un total de 93 participants, Taula 6, matriculats a l'Escola Universitària d'Infermeria LA FE (47 en tercer curs i 46 en quart), i 214 matriculats en la Facultat d'Infermeria i Podologia (90 en tercer curs i 124 en quart), ambdues de la Universitat de València. Tant sols s'han recollit dos qüestionaris dels altres centres que havien estat invitats a participar.

Pel que fa al curs, els percentatges presenten una diferència de 10,8 punts entre ells, resultant la participació de l'alumnat de quart curs en un 55,4% i la de tercer curs en un 44,6%. Aquesta diferència entre el nombre de participants de tercer i quart curs està més marcada entre l'alumnat de la Facultat d'Infermeria i Podologia, on la participació d'alumnat de quart ha

estat un 27% superior. Aquesta diferència en la participació entre l'alumnat de tercer i quart, pot respondre a diversos factors: motivacionals (s'ha aconseguit interessar més en el projecte, a l'alumnat de quart que al de tercer, l'alumnat de tercer estava decebut i preocupat per la manca de pràctiques), conjunturals (càrrega de treball acadèmic). La participació de l'alumnat de tercer i quart de l'Escola Universitària d'Infermeria La Fe, és veu repartit pràcticament al 50% entre els dos cursos. És necessari assenyalar que la recollida en aquest centre va ser totalment presencial i es va poder accedir als dos cursos per igual.

## **6.2. Resultats obtinguts en el procés de construcció del qüestionari**

Com s'ha descrit a l'apartat de metodologia els ítems que conté el qüestionari han estat formulats des dels plantejaments teòrics recollits als diferents apartats del marc teòric i tenint en compte els Estàndards per a probes Educatives i Psicològiques (Association, Association, & Education, 2018), *Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple* (Moreno, Martínez, & Muñiz, 2004). *Construcción de Escalas de Actitudes tipo Likert* (Morales Vallejo, Urosa Sanz, & Blanco Blanco, 2003).

La revisió del primer esborrany amb 83 ítems, sotmès a la consideració de les directores i el director d'aquesta tesis, va permetre la correcció ortogràfica i gramatical de l'enunciat dels ítems i confirmar la seua idoneïtat pel que fa a l'adscripció a les dimensions i subdimensions establertes. En aquesta primera revisió el nombre d'ítems va quedar augmentat, generant-se un segon esborrany amb un total de 114. A continuació el qüestionari fou analitzat i avaluat, com ja s'ha indicat en la metodologia, per un grup d'expertes i experts. Els resultats d'aqueta avaluació i les conseqüències sobre la configuració del qüestionari es descriuen a continuació.



### **6.2.1. Resultats del judici d'experts i expertes**

La participació dels experts i expertes ens ha aportat informació sobre la intel·ligibilitat, univocitat, validesa, ubicació i validesa de contingut dels ítems proposats.

En primer lloc ens referirem als comentaris formulats per les i els participants i a continuació es mostraran les valoracions pel que fa als criteris de validesa, ubicació, univocitat i intel·ligibilitat dels ítems.

#### **Taula 7**

*Comentaris referits al conjunt dels ítems*

---

##### **Comentaris referits al conjunt dels ítems**

1. Substituir el mot malalt pel de persona
2. Incorporar a la família
3. Cal referir-se a "atenció infermera" i no "atenció d'infermeria"
4. Tanmateix es proposa substituir "professionals d'infermeria" per "infermeres"
5. Eliminar el mot pacient
6. És necessari que la redacció dels ítems en els que es fa referència als entorns on treballen les infermeres, siga més genèrica, per tal de deixar palès tots els àmbits d'actuació
7. És preferible formular els ítems evitant les negacions.
8. Cal evitar expressions com ara: "tots/totes o ningú/ninguna" "poc/molt"
9. Evitar el llenguatge ambigu
10. Assegurar-se de que no hi ha dues variables juntes al mateix ítem

A la Taula 7, es recull una síntesi de les observacions formulades pels experts i expertes. En les sis(6) primeres recomanacions han coincidit tots i totes els experts i expertes amb experiència a l'àmbit de la infermeria. De la setena(7) a la desena(10) hi ha hagut una coincidència entre experts i expertes de

l'àmbit de la infermeria i els i les procedents d'altres àmbits com la psicologia, la pedagogia i la sociologia.

La primera de les observacions està argumentada en base a que l'atenció infermera és tant a persones sanes (o hipotèticament sanes) com a malaltes. Així doncs s'argumenta que: "I pel fet d'estar sanes no significa que no tinguem necessitats de salut. Per altra banda es parla tan sols de demandes i també es deuria parlar de necessitats (sentides). Tanmateix amb la utilització del mot malalt es podria deixar de banda la promoció de la salut".

Pel que fa a la segona cal tenir en compte que, tal i com assegura Virginia Henderson (Marriner Tomey & Raile, 1999), la unitat de cures en l'atenció infermera és la persona i la seua família. S'argumenta que: "Les infermeres treballem també amb les famílies i a més a més cal tenir-les en compte quan treballem amb la persona".

La tercera i quarta recomanació tenen matisos que podrien considerar-se reivindicatius i que tracten de donar visibilitat a la professió infermera. L'acció de tenir cura de la salut de les persones la realitza la infermera o l'infermer, per tant l'atenció és una *atenció infermera*. Tanmateix el mot *infermera*<sup>26</sup> està reconegut formalment com el que identifica a aquella persona que ha cursat els estudis d'infermeria i que està preparada per desenvolupar la cura de la salut de les persones.

La proposta d'eliminar el mot pacient es justifica tot i tenint en compte que l'atenció infermera és a les persones, amb independència de estar o no malaltes o de sentir-se o no malaltes. A més a més eixa persona, com ja s'ha

---

<sup>26</sup> El mot "infermera" nombra segons la Organització Mundial de la Salut i el Consejo Internacional de Enfermeras a tots i totes les professionals.

assenyalat anteriorment, és un ésser amb autonomia per la qual cosa la consideració de *ser pacient* no li correspon.

Les observacions recollides als punts sis(6) a deu(10), tenen com argumentació principal afavorir la comprensió dels ítems, contribuir a que les respostes de les persones participants resulten el més ajustades possibles *evitant respostes centrals* i afavorir l'anàlisi dels resultats.

Tant els comentaris referits al conjunt dels ítems com els que figuren a la Taula 8, corresponents a alguns ítems específics, han estat considerats. Tot i això, i com pot veure's a les Taules 24 a 30 on es recullen els ítems de la versió del qüestionari que s'ha passat a l'alumnat, no totes han estat aplicades a la formulació definitiva dels ítems, que ha estat condicionada també pel resultat de la valoració dels criteris de validesa, ubicació, univocitat i intel·ligibilitat, a més de la valoració de contingut i l'anàlisi del constructe.

## Taula 8

### *Comentaris referits específicament a algun ítem*

<b>Comentaris referits específicament a algun ítem</b>		
<b>Similitud</b> entre ítems	<b>Comentaris</b>	<b>Dubtes sobre assignació</b>
Entre 1.1 i 1.2	1.8. Tot i que els mots "única i irrepensible" semblen sinònims la primera té una connotació estàtica i la segona temporal. Sembla que l'ítem fa referència a la singularitat de cada persona.	Ítems 1.3 i 1.4 <b>Subdimensió conductual?</b>
Entre 1.2 i 1.3	1.10 ¿Què és gratificant, "donar-nos compte del seu patiment o patir amb ells?". Amb el "molt" s'estan donant pistes, caldria suprimir-lo.	Ítems 1.6 i 1.18 <b>Subdimensió afectiva?</b>
Entre 1.4 i 1.3	1.11 Convindria canviar la formulació de l'ítem, modificant el temps verbal passant del present d'indicatiu a condicional.	Ítems 1.11; 1.14 i 2.3 <b>Subdimensió conductual?</b>

Entre 1.2 i 1.9	1.17 ¿Cal entendre per temes privats els que no tenen relació amb el diagnòstic?	Ítems 2.9; 2.11 i 2.14 <b>Subdimensió cognitiva?</b>
Entre 1.7 i 1.9	1.20 Una puntuació baixa en este ítem podria significar que prioritza identificar i satisfer les demandes, o que està igual de preocupat per ambdós, sia el grau que sia, o que no se preocupa per cap dels aspectes. Podria canviar-se l'expressió "estic preocupat/ada" per "estic més centrat/ada"	Ítem 2.13 <b>Subdimensió conductual?</b>
Entre 1.11 i 1.15	1.21. Suprimir l'expressió "sempre que puc" sembla com una justificació	Ítem 2.14 <b>Subdimensió afectiva?</b>
Entre 1.18 i 1.19	2.1 Aquest ítem no aporta molta informació vàlida, seria més interessant conèixer els motius pels que s'han matriculat en infermeria, o en tot cas, preguntar si els estudis del grau són suficients per exercir la professió adequadament.	Ítem 2.15 <b>Subdimensió conductual?</b>
Entre 2.2 i 2.3	2.2 i 2.3 Utilitzar la paraula vocació, o fins i tot aptitud o actitud, més que inclinació o predisposició 2.2 Canviar <i>inclinació</i> per l'expressió "estimar cuidar a les persones".	Ítem 3.1 <b>Subdimensió conductual o afectiva?</b>
Entre 2.2, 2.3 i 2.10	2.4 Canviar "pares" per "família"	Ítem 3.3 <b>Subdimensió afectiva?</b>
Entre 2.5 i 2.15	2.5 La redacció d'aquest ítem està carregada de "deseabilidad social". A més a més una puntuació baixa podria interpretar-se per distints motius, com pot passar en tots els ítems on es demana fer una comparació entre dues variables, ja que podria ser que les considere igual d'importants (¿estem demanant-li sacrificar una variable en pro de l'altra?) 2.6 ¿I per les que tenen les persones sanes? 2.7 Canviar <i>pateixen per tenen</i>	Ítem 3.6 <b>Subdimensió conductual?</b>
Entre 3.4 i 3.7.	2.9 Canviar <i>ajudar per ser útil</i>	Ítem 3.8 <b>Subdimensió afectiva-avaluativa?</b>
Entre 3.1 i 3.13.	2.13. Formular el contingut en dos ítems	Ítem 3.14 <b>Subdimensió conductual?</b>

Entre 4.4 i 4.7	2.15 Està valorant a altres professionals, no a sí mateix. 2.15 Manca explicació de què vol dir "drets laborals" 2.16 i 2.17 Al parlar de torns s'identifica amb el hospital. Crec que seria millor parlar de la meua <i>jornada laboral</i>	Ítem 3.17 <b>Subdimensió afectiva-avaluativa?</b>
Entre 4.12 i 4.14	3.6 Molts conceptes en el mateix ítem.	Ítem 3.19 <b>Subdimensió afectiva-avaluativa?</b>
Entre 5.4 i 5.5	3.8 Sembla una pregunta dirigida a avaluar la qualitat del servei rebut per part dels pacients.	Ítem 4.2 <b>Subdimensió conductual?</b>
Entre 6.1 i 6.2	3.9 No queda clar si han d'ajudar-se per evitar els errors o males pràctiques o per a encobrir-les amb la finalitat de evitar les denúncies.	Ítem 5.7 <b>Subdimensió conductual?</b>
Entre 6.6 i 6.7	5.6 Caldria formular-lo en positiu, facilitaria l'anàlisi	Ítems 5.9 i 5.10 <b>Subdimensió conductual?</b>
Entre 6.13 i 6.14	5.9 Es deu parlar d'educació per a la salut que és diferent a educació sanitària i és a més a més el que es deu de fer, fonamentalment, com a infermera.	Ítem 6.6 <b>Subdimensió afectiva-avaluativa?</b>
Entre 7.12 i 7.13	6.13 Molt carregat de "Deseabilidad Social".	Ítem 7.11 <b>Subdimensió afectiva-avaluativa?</b>
	7.9 La vergonya pot sentir-se per diversos motius, aquí se apunta a "el qué dirán", però seria millor no referir cap.	

A les taules següents es mostren les mitjanes obtingudes en cada ítem en validesa; ubicació; univocitat i intel·ligibilitat.

## Taula 9

Dimensió **Compassió**: mitjanes sobre validesa; ubicació; univocitat i intel·ligibilitat, resultants del panel o judici d'experts

Dim.	Subd.	VALORACIÓ DE LES ACTITUDS NECESSÀRIES PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES	Vali.	Ubic.	Univ.	Intel.
<b>1. COMPASSIÓ</b>	cognitiva	1.1. totes les persones malaltes i les seues famílies presenten les mateixes demandes d'atenció	4,1	4,6	4,2	4,2
		1.2. cada persona malalta i la seua família, presenta una demanda d'atenció diferent	4,6	4,8	4,2	4,7
		1.3. no és possible satisfer totes les demandes d'atenció de cada persona	4,3	4,1	4,4	4,5
		1.4. és possible satisfer totes les demandes d'atenció de cada persona	4,2	4,1	4,7	4,5
		1.5. per donar una bona atenció d'infermeria és necessari posar-se en el lloc de l'altre	4,7	4,6	4,9	4,5
		1.6. els pacients i les seues famílies valoren molt positivament que els professionals d'infermeria que els atenen se posen en el seu lloc	4,5	4,6	4,4	4,8
		1.7. un professional d'infermeria necessita marcar distància amb els pacients i les seues famílies	4	4,4	4,0	4
		1.8. per tenir cura de les persones és necessari considerar que cada una és única i irrepetible	4,9	4,9	4,8	4,8
	afectiva-avaluativa	1.9. no és bo involucrar-me molt amb el pacient i la seua família	4,7	4,9	4,6	4,8
		1.10. posar-se en el lloc de l'altre és molt gratificant	4,3	4,3	4,3	4,3
		1.11. me preocupa vore com els professionals d'infermeria tenen com a prioritat d'actuació l'aplicació del tractament mèdic	4	4,2	4,6	4,7
		1.12. és bo que els professionals d'infermeria desenvolupen la capacitat de posar-se en el lloc de l'altre	4,5	5	4,6	4,9
		1.13. el més important per als professionals d'infermeria és centrar-nos en col·laborar per aconseguir un bon diagnòstic mèdic	<b>3,8</b>	4	4,4	4,4
		1.14. el més important per als professionals d'infermeria és aplicar el tractament mèdic	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	4,4	4,7
		1.15. me preocupa que, amb el temps, deixe de posar-me en el lloc del pacient i la seua família	4,8	5	4,9	5
		1.16. me preocupa escoltar als infermers i infermeres queixar-se per que sols tenen temps per a aplicar els tractaments mèdics i/o realitzar les tècniques necessàries per al diagnòstic	4,6	4,7	4,1	4,8
		1.17. evite les converses sobre temes privats amb els pacients i les seues famílies	4,5	4,6	4,6	4,8
	conductual	1.18. quan els pacients i/o les seues famílies me plantegen els seus desitjos i/o necessitats procure no donar-los importància	4,5	4,5	4,6	4,5
		1.19. en la meua relació amb els pacients i les seues famílies utilitze freqüentment expressions com: "no passa res"; "això no és res"; "això no fa mal"; "tranquil/tranquil·la"	4,5	4,8	4,6	4,9
		1.20. quan estic atenent als pacients estic més preocupat /ada pel diagnòstic i el tractament mèdic que té el pacient que per identificar i satisfer les seues demandes d'atenció	4,3	4,7	4,5	4,9
		1.21. sempre que puc procure parlar amb els pacients i la seua família per poder conèixer millor les seues demandes d'atenció	4,6	4,9	4,9	4,7

Com es pot veure a la Taula 9, corresponent a la *Compassió*, els ítems 1.13 i 1.14 presenten mitjanes <4 referides al criteri validesa. També aquest ítem

1.14 presenta una mitjana <4 en el criteri ubicació. En els dos casos amb una(1) i dues(2) dècimes, respectivament per davall de quatre(4). Malgrat això, s'ha considerat oportú mantenir els ítems, ja que com es pot veure a la Taula 8, cap d'aquests ítems ha estat sotmès a comentari específic per part dels experts i expertes. A més a més, pel que fa a la consideració d'aquests ítems des de la perspectiva de l'anàlisi del constructe tenir cura, es considera necessari veure en quina mesura les infermeres, al llarg de la seua formació van deixant de banda l'herència rebuda com ajudantes dels metges i metgesses i van assolint i prioritzant la relació d'ajuda que esdevé imprescindible en el procés de tenir cura de la salut de les persones. És per tot això que, com ja s'ha assenyalat, es decideix mantenir tant el contingut dels ítems com la seua ubicació.

## Taula 10

*Dimensió **Actitud vocacionada**: mitjanes sobre validesa; ubicació; univocitat i intel·ligibilitat, resultants del panel o judici d'experts*

Dim.	Subd.	VALORACIÓ D'ACTITUDS PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES				
		Vali.	Ubic.	Univ.	Intel.	
2.ACTITUD VOCACIONADA	cognitiva	2.1. qualsevol persona que se gradua en infermeria pot ser un bon infermer o infermera	4,5	4,4	4,6	4,8
		2.2. és impossible viure bé la professió d'infermer o infermera si no tenim una inclinació i/o predisposició per cuidar a les persones	4,4	4,6	4,2	4,6
		2.3. per ser un bon infermer o infermera no és necessari tenir una inclinació o predisposició per cuidar a les persones	4,5	4,3	4,6	4,6
		2.4. els meus pares sempre han donat suport a la meua predisposició o inclinació a cuidar als altres	3,6	4	4,3	4,5
	afectiva-avaluativa	2.5. els meus drets laborals són més importants que el compromís amb el benestar dels pacients	4	4,3	4,0	4,7
		2.6. me sent sensibilitzat/ada amb les necessitats que tenen les persones malaltes	4,7	4,9	4,9	4,9
		2.7. vull dedicar la meu vida professional a poder ajudar a les persones que pateixen problemes de salut	4,4	4,8	4,6	4,7
		2.8. ser infermer o infermera és per a mi una forma de vida, la millor manera de ser útil a la societat	4,6	4,7	4,3	4,8

	2.9. per a mi no hi ha res més gratificant que poder ajudar als altres	4,5	4,5	4,9	4,8
	2.10. em sembla una ximpleria considerar que és necessari tenir una predisposició i/o inclinació per poder ser infermer o infermera	4,4	4,8	4,6	4,81
	2.11. sempre he volgut estudiar infermeria malgrat que la meua família i els meus amics creuen que és millor ser metge o metgessa	4,7	4,0	5	5
conductual	2.12. estic estudiant infermeria perquè no he pogut estudiar el que volia	4,7	4,8	5	5
	2.13. estic estudiant infermeria perquè és una titulació fàcil d'estudiar i amb possibilitat d'obtenir treball	4,9	4,7	4,8	5
	2.14. estic estudiant infermeria perquè crec que tinc vocació per a ser infermer o infermera	5	4,8	5	5
	2.15. els professionals d'infermeria amb els que he treballat, prioritzen el seu compromís amb els pacients front al seus drets laborals	3,8	4	4,6	4,4
	2.16. si un pacient o la seua família sol·liciten la meua atenció no tinc problema en atendre'ls encara que haja finalitzat el meu torn de treball	4,4	4,5	4,5	4,7
	2.17. si està acabant el meu torn i un pacient o la seua família demanden la meua atenció no tinc problema en dir-los que la meua companya o company els atindrà en el torn següent	4,4	4,7	4,7	4,8

A la Taula 10 corresponent a la dimensió *Actitud vocacionada*, els ítems 2.4 i 2.15 presenten una mitjana pel que fa al criteri de validesa  $<4$  però  $>3$  en 6 i 8 dècimes respectivament, situant-se la resta de valors  $\geq 4$ .

En aquest cas els experts i expertes han detectat una certa semblança de l'ítem 2.15 amb l'ítem 2.5. Si s'analitza el contingut d'ambdós ítems es pot veure que són semblats respecte d'allò que mesuren, però mentre que l'ítem 2.5 pretén mesurar allò que creu l'alumne o alumna sobre un possible conflicte entre els seus drets laborals i el compromís professional, al 2.15 mesurarà la percepció que té l'alumnat sobre el comportament de les infermeres respecte a la prioritització dels seus drets laborals per damunt del compromís amb les persones a les que atén. Des de la perspectiva del model teòric de Fishbein & Ajzen, (1980), la norma subjectiva té un paper determinant en la intenció cap a la conducta. És a dir el subjecte tindrà en compte les valoracions que puguen fer els seus referents sobre una determinada conducta. Per tant es considera adient mantenir els dos ítems,



ja que ens permetran aproximar-nos a la norma subjectiva predominant en el context on l'alumnat realitza el seu aprenentatge pràctic.

### Taula 11

*Dimensió **Responsabilitat**: mitjanes sobre validesa; ubicació; univocitat i intel·ligibilitat, resultants del panel o judici d'experts.*

Dim. Subd.	VALORACIÓ D'ACTITUDS PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES	Vali.	Ubic.	Univ.	Intel.	
3. RESPONSABILITAT	cognitiva	3.1. la finalitat de treballar bé és evitar les denúncies	4,4	4,3	4,8	5
	3.2. ser infermer o infermera significa protegir a les persones vulnerables	4,4	4,4	4,2	4,8	
	3.3. les infermeres i infermers som responsables de les persones a les que atenem	4,8	4,5	4,2	5	
	3.4. assumir la responsabilitat de les pròpies decisions i accions és una qualitat essencial per obtenir la consideració de professió	4,8	4,9	4,3	4,4	
	3.5. crec que és en atenció primària quan més responsabilitat tinc sobre els pacients i les seues famílies	4,5	4,9	4,6	4,7	
	3.6. la responsabilitat de <i>curar i cuidar</i> als pacients la tenen en primer lloc els professionals de la medicina	4,2	4,6	4,4	4,5	
	3.7. si tenim capacitat per prendre decisions tenim també responsabilitat	4,7	4,9	5	4,9	
	3.8. els professionals d'infermeria, en general ,estan més preocupats per possibles denúncies que pel benestar dels pacients i les seues famílies	4,3	4,4	4,8	4,8	
	3.9. és bo que els professionals sanitaris s' ajudem per evitar denúncies	4,1	4,5	4,2	4,7	
	afectiva-avaluativa	3.10. sent que no estic preparat/da per prendre decisions sobre el pacient o la seua família	4,5	4,7	4,8	4,8
	3.11. preferiria treballar en un context hospitalari, crec que així no hauré de prendre decisions sobre el pacient i la seua família	4,4	4,6	4,5	4,8	
	3.12. estic d'acord amb la meua família i els meus amics quan me diuen que és millor no tenir que prendre decisions	4,6	4,5	4,4	4,6	
	3.13. si comet alguna errada quan estic atenent a un pacient me preocupa sobretot tenir que fer front a una denuncia	4,4	4,5	4,8	4,7	
	3.14. preferiria treballar en atenció primària crec que és on les infermeres podem demostrar que som responsables dels pacients i les seues famílies	4,7	4,7	4,8	4,9	
	3.15. quan un pacient i/o la seua família me pregunten sobre el seu estat de salut sempre els derive al metge o metgessa responsable	4,8	5	4,8	4,9	
	conductual	3.16. si he comés alguna errada que ha afectat a algun pacient o la seua família, encara que no haja segut greu m'ha quedat consciència de falta	4,4	4,5	4	4,4
	3.17. si he comés alguna errada que ha afectat a algun pacient o la seua família i no és greu evite informar a la resta de l'equip	4,7	4,8	4,4	4,9	
	3.18. en les pràctiques he pogut prendre decisions sobre els pacients i les seues famílies	4,8	5	4,9	4,9	
	3.19. els professionals d'infermeria amb els que he treballat, m'animen a prendre decisions	4,7	4,8	4,8	4,8	

3.20. els professionals d'infermeria amb els que he treballat sempre me recorden que els metges i metgesses són els responsables dels pacients	4,3	4,9	4,8	4,8
--	-----	-----	-----	-----

A la Taula 11, corresponent a la *Responsabilitat*, totes les puntuacions són  $\geq 4$ , la qual cosa ens indica que els ítems són adequats, estan assignats en la dimensió correcta, que sols es poden entendre d'una manera concreta i que són comprensibles per part de la població al que estan dirigits. No obstant això caldrà tenir en compte que en un total de 7 ítems alguns dels experts i expertes participants han qüestionat la seua ubicació en la subdimensió, (Taula 8), a més de que ha estat aquesta actitud la que ha obtingut les mitjanes més baixes en la valoració de contingut (Taula 18).

## Taula 12

*Dimensió actitud cap a la **Comunicació**: mitjanes sobre validesa; ubicació; univocitat i intel·ligibilitat, resultants del panel o judici d'experts*

Dim.	Subd.	VALORACIÓ D'ACTITUDS PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES	Vali.	Ubic.	Univ.	Intel.
4. ACTITUD CAP A LA COMUNICACIÓ	cognitiva	4.1. els pacients i les seues famílies són interlocutors vàlids en el procés de cures	4,5	4,8	4,5	4,6
		4.2. no és possible tenir cura adequadament si no tenim coneixement de les aspiracions d'autonomia i autorealització del pacient i la seua família	4	4,7	3,8	3,9
		4.3. és necessari generar un ambient adequat per afavorir la comunicació amb els pacients i les seues	4,6	4,5	4,9	4,8
		4.4. els professionals d'infermeria, necessitem conèixer aspectes de la persona que formen part de la seua intimitat	4,5	4,7	4,6	4,6
		4.5. és necessari que el pacient i la família sàpiguen que la informació que ens faciliten és confidencial família	4,6	4,8	4,9	4,8
		4.6. les infermeres i infermers estan obligats al secret professional	5	5	5	5
		4.7. hi ha aspectes del pacient i la seua família sobre els que no hauria de preguntar	4,1	4,7	4,6	4,7
	afectiva-avaluativa	4.8. sols dirigint-me als pacients amb el màxim respecte podré obtenir la informació que necessite per poder cuidar-lo	4,6	4,9	4,9	4,8
		4.9. m'intimida que els pacients o les seues famílies m'aborden per a preguntar-me o contar-me, informacions que jo considere privades	4,5	4,9	4,8	4,8
		4.10. no és bo conèixer en profunditat als pacients i les seues famílies perquè se generen vincles emocionals que poden dificultar el procés de cures	4,5	4,8	4,8	4,8

conductual	4.11. em fa vergonya iniciar una conversa si la persona és desconeguda	4,7	4,5	4,9	4,9
	4.12. és bo tutejar als pacients	4	4,3	4,6	4,5
	4.13. quan he de recollir informació sobre un pacient i la seua família utilitze sempre els documents dissenyats a l'efecte i enregistre la informació en eixe moment	4,3	4,7	4,7	4,7
	4.14. tinc costum de dirigir-me als pacients i les seues famílies utilitzant "vostè" com expressió de respecte	4,5	4,7	4,8	4,7
	4.15. en l'exercici professional estic tenint dificultats per comunicar-me tant en els professionals sanitaris com en els pacients i les seues famílies	4,4	4,5	4,6	4,6

A la Taula 12, corresponent a *l'Actitud cap a la Comunicació*, es pot observar que la mitjana de les puntuacions obtingudes per l'ítem 4.2, en relació a la univocitat i a la intel·ligibilitat està per davall de 4. Si es revisen els comentaris emesos pels experts i expertes no es detecta cap comentari específic en aquest ítem. No obstant es va modificar lleugerament la redacció d'aquest ítem com es pot veure a la Taula 28.

### Taula 13

*Dimensió actitud cap a l'Empoderament en salut: mitjanes sobre validesa; ubicació; univocitat i intel·ligibilitat, resultants del panel o judici d'experts*

Dim.	Subd.	VALORACIÓ D'ACTITUDS PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES	Vali.	Ubic.	Univ.	Intel.
5. ACTITUD CAP A L'EMPODERAMENT EN SALUT	cognitiva	5.1. les persones i les seues famílies han d'assumir la responsabilitat en la seua cura	5	4,9	4,9	5
		5.2. les persones i les seues famílies tenen dret a rebre informació i educació per poder assumir de manera efectiva la responsabilitat de la seua cura	5	5	5	5
		5.3. crec que els pacients i les seues famílies no estan capacitats per a fer-se càrrec de la seua cura	4,5	4,7	4,2	4,5
		5.4. l'organització del treball que hi ha al centre de salut permet que els professionals d'infermeria dediquen temps a l'educació sanitària dels pacients i les seues famílies cura	4,6	4,6	4,8	4,8
	afectiva-	5.5. crec que la càrrega de treball dels professionals d'infermeria a l'hospital no permet que dediquen temps a fer educació sanitària als pacients i les seues famílies	4,5	4,7	4,9	4,9
		5.6. me preocupa no tindre temps per ensenyar als pacients i a les seues famílies com han de cuidar la seua salut	4,6	4,9	4,9	4,9
		5.7. els professionals d'infermeria amb els que treballo al centre de salut estan preocupats per ensenyar als pacients i a les seues famílies com han de cuidar la seua salut	4,6	4,9	4,8	4,9
		5.8. m'agrada que un pacient o la seua família me pregunten sobre què fer i com fer-ho per millorar la seua salut	4,6	4,7	4,9	4,8

conductual	5.9. és millor treballar en atenció primària perquè tenim més temps per fer educació sanitària	4,2	4,3	4,7	4,6
	5.10. prefereix realitzar els procediments de cures que ensenyar al pacient i a la seua família per que puguem fer-ho ells	4,7	4,4	4,9	4,9
	5.11. a l'hospital dediquem una part important del temps de treball a ensenyar al pacient i a la seua família com han de cuidar la seua salut	4,7	4,8	4,6	4,9
	5.12. al centre de salut dediquem una part important del temps de treball a ensenyar al pacient i a la seua família com han de cuidar la seua salut	4,6	4,8	4,6	4,8
	5.13. aprofite qualsevol oportunitat amb el pacient i la seua família per ajudar-los a millorar els seus coneixements sobre com tenir cura de la seua salut	4,6	4,7	4,9	4,8

## Taula14

*Dimensió actitud cap a la **Competència tècnica**: mitjanes sobre validesa; ubicació; univocitat i intel·ligibilitat, resultants del panel o judici d'experts*

Dim.	Subd.	VALORACIÓ D'ACTITUDS PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES	Vali.	Ubic.	Univ.	Intel.
6. ACTITUD CAP A LA COMPETÈNCIA TÈCNICA	cognitiva	6.1. el domini de les tècniques és lo que determina la qualitat professional	4,9	4,9	4,9	4,9
		6.2. l'excel·lència professional sols serà possible si no centrem la nostra pràctica professional en el domini de les tècniques	4,9	4,9	4,5	4,7
		6.3. solament amb la competència tècnica no aconseguim protegir la fragilitat del pacient i la seua família	4,4	4,8	4,2	4,2
		6.4. no és suficient el domini de la tècnica, per ser un/una bona professional d'infermeria	4,5	4,9	4,6	4,6
		6.5. solament la bona voluntat no és suficient per ser un/una bona professional d'infermeria	4,3	4,5	4,7	4,5
		6.6. els pacients prefereixen a un o una professional que domine les tècniques encara que no siga amable	4,7	4,6	4,8	4,8
		6.7. els pacients valoren igualment la competència tècnica i la amabilitat en els professionals d'infermeria	4,1	4,8	4,5	4,9
	afectiva-avaluativa	6.8. allò més important en el treball que desenvolupen els professionals d'infermeria és la seua competència tècnica	4,1	4,5	4,7	4,7
		6.9. estic tranquil/a perquè se que l'experiència m'ajudarà a adquirir competència tècnica	4,8	4,8	4,7	4,9
		6.10. me preocupa que amb el temps deixe de interessar-me per la meua competència tècnica	4,7	4,9	4,9	5
	conductual	6.11. me preocupa acabar la meua formació i no tenir la competència tècnica necessària	4,7	4,8	4,9	4,9
		6.12. m'he sentit menyspreada pels professionals d'infermeria amb els que estic en pràctiques, quan no he aconseguit realitzar una tècnica amb èxit	4	4,3	4,4	4,7
		6.13. quan vaig a realitzar una tècnica pose tota la meua atenció en el procediment a seguir independentment del pacient al que li l'he d'aplicar	4,3	4,9	4,7	4,8
		6.14. antes de realitzar una tècnica m'interessa per conèixer l'estat general del pacient	4,6	4,9	4,9	4,8
		6.15. antes de realitzar una tècnica valore si tinc els coneixements necessaris per fer-la	4,8	4,6	4,9	4,9

## Taula 15

*Dimensió actitud cap a l'Autoestima Professional: mitjanes sobre validesa; ubicació; univocitat i intel·ligibilitat, resultants del panel o judici d'expert*

Dim.	Subd.	VALORACIÓ D'ACTITUDS PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES	Valli.	Ubic.	Univ.	Intel.
7. ACTITUD CAP A L' AUTOESTIMA PROFESSIONAL	cognitiva	7.1. tenir una raonable confiança en si mateix és fonamental per desenvolupar qualsevol projecte vital	4,8	4,7	4,9	4,8
		7.2. la societat considera que les infermeres som professionals sanitaris de "segon nivell"	4,8	4,8	4,3	4,8
		7.3. no és freqüent escoltar parlar de professionals d'infermeria rellevants	4,5	4,9	4,3	4,7
		7.4. sense una mínima autoestima, les persones no poden fer tasques que els il·lusionen	4,2	4,6	4,4	4,8
		7.5. crec que quan acabe la meua formació serè capaç de tenir cura de les persones de manera excel·lent	4,7	4,5	4,6	4,9
	afectiva-avaluativa	7.6. haver tingut que conformar-me amb els estudis d'infermeria m'ha generat un sentiment de frustració	4,8	4,7	4,8	4,9
		7.7. les infermeres i els infermers que conec consideren important la tasca que desenvolupen amb els pacients i les seues famílies	4,2	4,7	4,6	4,8
		7.8. me preocupa veure la falta de consideració que se tenen alguns professionals d'infermeria entre si, pel treball que desenvolupen	4,5	4,7	4,6	4,7
		7.9. em fa vergonya preguntar els dubtes que tinc sobre el que cal fer amb un pacient o la seua família perquè pensaran que no se res	4,0	4,6	4,4	4,8
		7.10. quan pregunten qui vol atendre a algun pacient o fer qualsevol tècnica sempre me ofereix	4,5	4,8	4,6	4,9
	conductual	7.11. quan en les pràctiques de simulació es planteja qualsevol problema prefereix que siguin altres companys o companyes els qui formulen propostes per resoldre'l	4,4	4,9	4,8	5
		7.12. prefereix preguntar els dubtes que tinc als meus companys o companyes de pràctiques i no als professionals	4,8	4,8	4,8	5
		7.13. durant les pràctiques, sempre que es planteja qualsevol dubte busque l'ajuda d'un o una professional d'infermeria	4,6	4,6	4,8	4,8

A les Taules 13, 14 i 15, on es recull la dimensió Actitud cap a l'Empoderament en Salut; cap a la Competència tècnica i cap a l'Autoestima Professional, els valors es mantenen  $\geq 4$ .

Com es pot veure les mitjanes obtingudes indiquen que un 80% dels experts i expertes han estat d'acord amb la validesa, ubicació, univocitat i

intel·ligibilitat de cadascun dels ítems, per tant com assenyalen Escobar Pérez i Cuervo Martínez (2008), s'ha decidit mantenir tots els ítems que presentaven una mitjana en les valoracions  $\geq 4$ . Tanmateix, pel que fa als que presentaven mitjanes  $< 4$ , s'ha considerat mantenir-los igualment, donada la seua rellevància, fins veure els resultats de les proves estadístiques.

Abans de presentar la configuració de l'escala, tal i com ha estat aplicada a l'alumnat, es mostren els resultats corresponents a la valoració, emesa pels experts i expertes, sobre la validesa del contingut. Recordem que per a la validació de contingut es preguntava als experts i expertes que analitzaren en quina mesura els ítems inclosos en cadascuna de les subdimensions de cada actitud, són una mostra representativa del constructe que representa cada actitud. En definitiva mesurar la pertinència i rellevància dels ítems pel que fa al constructe que es pretén mesurar.

En cada taula de les que apareixen a continuació es mostren les mitjanes obtingudes de les valoracions dels experts i expertes en cada subdimensió, incloent els comentaris formulats en relació als ítems que es valoren. Tanmateix, i per concloure aquest apartat sobre els resultats del judici d'experts i expertes, es mostra una taula amb els valors del *IVC* sobre les respostes de cada expert i/o experta i l'*IVC* general.

**Taula 16**

*Dimensió Compassió: mitjanes obtingudes sobre validesa de continguts i comentaris de les expertes i experts*

<b>Compassió</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Comentaris</b>
Subdimensió cognitiva.	<b>4,4</b>	Tal vez el concepto "diagnóstico y tratamiento médico" puede tener una conceptualización biologista que puede por un lado ser positivo si se pretende analizar la despersonalización de la atención.
Subdimensió afectiva-avaluativa	<b>4,3</b>	
Subdimensió conductual	<b>4,3</b>	

A la Taula 16, referida a la dimensió *Compassió*, les mitjanes són >4 la qual cosa significaria que el contingut dels ítems conté quasi totes les característiques del constructe de la dimensió i subdimensió, amb alguna absència. L'únic comentari recollit fa referència, com es pot veure, a la utilització dels conceptes diagnòstic i tractament mèdic, però com s'indica en el text del comentari, tot i la vessant negativa que pot tenir aquesta utilització, es considera convenient mantenir-ho per determinar quina és la consideració que té l'alumnat, i si es troba més a prop del paradigma biologista de la salut o més pròxim a un paradigma holístic i humanista.

**Taula 17**

*Dimensió Actitud vocacionada: mitjanes obtingudes sobre validesa de continguts i comentaris de les expertes i experts*

<b>Actitud vocacionada</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Comentaris</b>
Subdimensió cognitiva	<b>4,6</b>	El ítem 2.11. en mi opinión sugiere la importancia de otros aspectos no-vocacionales que permitan el desarrollo de un buen profesional de enfermería. De ahí que quizá resultara más idónea formularla en el apartado de la subdimensión cognitiva, es decir, como conocimiento previo a la formulación de un juicio de valor (no explícito) sobre aquello que considera que debe tener un buen profesional de enfermería. La utilización de visiones positivas y negativas hacia la "vocación" permite en mi opinión medir los aspectos referidos.
Subdimensió afectiva-avaluativa	<b>4,7</b>	
Subdimensió conductual	<b>4,3</b>	

A la Taula 17, referida a la dimensió *Actitud vocacionada*, i pel que fa a les mitjanes, el valor de totes tres és  $>4$ , indicant que el contingut dels ítems conté quasi totes les característiques del constructe de la dimensió i subdimensió, amb alguna absència. S'han enregistrat dos comentaris: el primer referit a la ubicació de l'ítem 2.11, que finalment s'ha considerat adequat mantenir en la dimensió afectiva-avaluativa, en tant que representa el valor que té per a la persona les valoracions que poden fer els referents del seu entorn. El segon comentari ha estat considerat com un recolzament al conjunt d'ítems d'aquesta dimensió.



**Taula 18**

*Dimensió Responsabilitat: mitjanes obtingudes sobre validesa de continguts i comentaris de les expertes i experts*

<b>Responsabilitat</b>	$\bar{x}$	<b>Comentaris</b>
Subdimensió cognitiva	<b>4,1</b>	Dificultad para distinguir el matiz de algunas preguntas de la subdimensión cognitiva con las de la afectiva-evaluativa
Subdimensió afectiva-avaluativa	<b>4,1</b>	
Subdimensió conductual	<b>4,2</b>	

A la Taula 18, referida a la dimensió *Responsabilitat*, s'observa que el valor de les mitjanes està situat per damunt de 4, indicant que el contingut dels ítems conté quasi totes les característiques del constructe de la dimensió i subdimensió, amb alguna absència. No obstant això cal assenyalar que és el valor més baix de totes les dimensions. El valor mínim assenyalat pels experts ha estat de 3 la qual cosa indicaria que el contingut dels ítems té allò essencial però li falta alguna característica fonamental del constructe de la dimensió i subdimensió. Pel que fa a l'únic comentari recollit, s'assenyala que hi ha certa dificultat per ubicar alguns ítems en una o altra subdimensió. En total són set(7) els ítems, veure Taula 8, que han rebut comentaris en relació a la seua ubicació en una o altra subdimensió.

**Taula 19**

*Dimensió Actitud cap a la Comunicació: mitjanes obtingudes sobre validesa de continguts i comentaris de les expertes i experts*

<b>Actitud cap a la Comunicació</b>	$\bar{x}$	<b>Comentaris</b>
Subdimensió cognitiva	<b>4,7</b>	Valoro con un 4 porque considero que tal vez sería necesario valorar la comunicación no verbal y la dificultad que tenemos en ocasiones para valorarla.
Subdimensió afectiva-avaluativa	<b>4,2</b>	
Subdimensió conductual	<b>4,1</b>	

A la Taula 19, referida a la dimensió *Actitud cap a la comunicació*, les mitjanes, són >4, indicant que el contingut dels ítems conté quasi totes les característiques del constructe de la dimensió i subdimensió, amb alguna absència. Respecte del comentari es suggereix valorar també la comunicació no verbal.

**Taula 20**

*Dimensió Actitud cap a l'Empoderament en salut: mitjanes obtingudes sobre validesa de continguts i comentaris de les expertes i experts*

<b>Actitud cap al Empoderament en salut</b>	$\bar{x}$	<b>Comentaris</b>
Subdimensió cognitiva	<b>4,5</b>	Sense comentaris
Subdimensió afectiva-avaluativa	<b>4,5</b>	
Subdimensió conductual	<b>4,8</b>	

**Taula 21**

*Dimensió Actitud cap a la Competència tècnica: mitjanes obtingudes sobre validesa de continguts i comentaris de les expertes i experts*

<b>Actitud cap a la Competència tècnica</b>	$\bar{x}$	comentaris
Subdimensió cognitiva	<b>4,2</b>	Sense comentaris
Subdimensió afectiva-avaluativa	<b>4,3</b>	
Subdimensió conductual	<b>4,3</b>	

**Taula 22**

*Dimensió Actitud cap a l'Autoestima Professional: mitjanes obtingudes sobre validesa de continguts i comentaris de les expertes i experts*

<b>Actitud cap a l'Autoestima Professional</b>	$\bar{x}$	Comentaris
Subdimensió cognitiva	<b>4,4</b>	Sense comentaris
Subdimensió afectiva-avaluativa	<b>4,5</b>	
Subdimensió conductual	<b>4,1</b>	

A les Taules 20, 21 i 22, referides a les dimensions *Actitud cap a l'Empoderament en salut; Actitud cap a la Competència Tècnica i Actitud cap a l'Autoestima Professional*, s'observa que els valors de les mitjanes en les tres subdimensions està situat  $>4$ , indicant que el contingut dels ítems conté quasi totes les característiques del constructe de la dimensió i subdimensió, amb alguna absència. En aquestes dimensions els experts i expertes no han formulat cap comentari.

Finalment a la Taula 23, es mostren els resultats de l'Índex de Validesa de Contingut.

### Taula 23

#### *Índex de Validesa de Contingut*

<b>Expert/experta</b>	<b>Validesa de contingut IVC</b>
1	0.84
2	0.47
3	*0.99
4	0.77
5	*0.99
<b>IVC GENERAL</b>	<b>0.81</b>

\*Segons Lawshe (1975), quan la xifra obtinguda és 1, és a dir totes les respostes de valoració han estat estimades en el valor 5, és recomanable ajustar-la a 0.99 per facilitar la manipulació

Els valors referits a l'Índex de Validesa de Contingut de les puntuacions de cada experta/expert, indiquen un nivell de validesa de contingut elevada en els resultats 1,3,5, ja que com apunta Polit (2000, p. 401) en els tres casos l'IVC>0.8. Pel que fa a la valoració emesa per l'expert o experta identificat com 4 el valor ha estat de  $0.77 < 0.8$ . Tanmateix la valoració de l'expert o experta identificat com 2 ha estat de 0.47, valor clarament allunyat del que es considera adequat. No obstant això Vargas i Hernández (2010, p. 99), refereixen en el seu treball resultats entre 0.58 i 0.76 en els valors emesos pels experts consultats. L'IVC general ha estat de 0.81, semblat a l'obtingut per Rueda García (2019, p. 187), en la validació d'una escala de risc d'embaràs on obté un IVC global de 0,86.

Tots aquests resultats han estat analitzats i valorats. S'han tingut en compte tant les valoracions quantitatives, com les observacions, comentaris i recomanacions, aplicant-se els canvis que s'han considerat adequats i que

han modificat el qüestionari *VANCS*. Així el qüestionari ha passat de contenir 114 ítems a 117 com a resultat del desdoblament dels ítems en els que apareixien més d'una variable. Respecte de les adscripcions dels ítems a les dimensions i subdimensions es va prendre la decisió de mantenir-los a l'espera dels resultats de l'anàlisi estadístic de la mostra.

A continuació, a l'apartat següent, es relacionen tots els ítems tal i com han estat presentats als participants.

### **6.2.2. Primera versió del qüestionari *VANCS***

El qüestionari *VANCS* va quedar estructurat en set(7) dimensions, amb tres subdimensions en cadascuna i amb un total de 117 ítems distribuïts de la següent manera:

- Dimensió *Compassió*, amb vint-i-un(21) ítems distribuïts en: set(7) ítems en la subdimensió cognitiva; huit(8) en l'afectiva-avaluativa i sis(6) en la conductual.
- Dimensió *Actitud vocacionada*, amb dènou(19) ítems distribuïts en: cin(5) ítems en la subdimensió cognitiva; set(7) en l'afectiva-avaluativa i set(7) en la conductual.
- Dimensió *Responsabilitat*, amb vint(20) ítems distribuïts en: huit(8) ítems en la subdimensió cognitiva; sis(6) en l'afectiva-avaluativa i sis(6) en la conductual.
- Dimensió *Actitud cap a la Comunicació*, amb díhuit(18) ítems distribuïts en: set(7) ítems en la subdimensió cognitiva; sis(6) en l'afectiva-avaluativa i cinc(5) en la conductual.
- Dimensió *Actitud cap a l'Empoderament en salut*, amb tretze(13) ítems distribuïts en: cinc(5) ítems en la subdimensió cognitiva; cinc(5) en l'afectiva-avaluativa i tres(3) en la conductual.

- Dimensió *Actitud cap a la Competència tècnica*, amb tretze(13) ítems distribuïts en: cin(5) ítems en la subdimensió cognitiva; quatre(4) en l'afectiva-avaluativa i quatre(4) en la conductual.
- Dimensió *Actitud cap a l'Autoestima Professional*, amb tretze(13) ítems distribuïts en cinc(5) ítems en: la subdimensió cognitiva; quatre(4) en l'afectiva-avaluativa i quatre(4) en la conductual.

A les Taules 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, es detallen els ítems, amb els codis aplicats per a la seua manipulació estadística. Tanmateix s'indica la clau de correcció que assenyalava com caldrà interpretar els valors de resposta de cada ítem. És a dir, aquells en els que l'opció de resposta adequada haurà de ser la que es correspon amb la puntuació més alta (valor 5), estan marcats amb el signe positiu **+**

Aquells en els que l'opció de resposta adequada es correspon amb la puntuació més baixa (valor 1), estan marcades amb el signe negatiu **-**

#### Taula 24

*Qüestionari VANCS versió aplicada a la mostra. Ítems referits a l'actitud Compassió*

VALORACIÓ DE LES ACTITUDS NECESSÀRIES PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES	
<b>DIMENSIÓ</b> Subdimen.  <b>1. COMPASSIÓ</b> cognitiva	<b>comp_cog1</b> crec que totes les persones a les que atenc i les seues famílies presenten les mateixes demandes d'atenció <b>-</b>
	<b>comp_cog2</b> crec que totes les persones a les que atenc i les seues famílies tenen les mateixes necessitats <b>-</b>
	<b>comp_cog3</b> crec que és possible satisfer les demandes d'atenció de cada persona <b>+</b>
	<b>comp_cog4</b> crec que per donar una bona atenció infermera és necessari posar-se en el lloc de l'altre <b>+</b>
	<b>comp_cog5</b> crec que les persones valoren que l'infermer o infermera que els atenen es pose al lloc de l'altre <b>+</b>
	<b>comp_cog6</b> crec que la infermera o l'infermer necessita marcar distància amb les persones a les que atén <b>-</b>
	<b>comp_cog7</b> crec que per tenir cura de les persones és necessari considerar que cada una és singular <b>+</b>

afectiva-avaluativa	<b>comp_afa8</b> no és bo involucrar-me amb les persones a les que atenc	■
	<b>comp_afa9</b> posar-me en el lloc de l'altre em resulta molt gratificant	+
	<b>comp_afa10</b> em molesta voler com algunes infermeres i infermers tenen com a prioritat d'actuació l'aplicació del tractament mèdic	+
	<b>comp_afa11</b> és bo que desenvolupe la capacitat de posar-me en el lloc de l'altre	+
	<b>comp_afa12</b> allò important per als infermers i infermeres és centrar-nos en col·laborar per aconseguir un bon diagnòstic mèdic	■
	<b>comp_afa13</b> allò important per a les infermeres i infermers és aplicar el tractament mèdic	■
	<b>comp_afa14</b> em molesta que, amb el temps, deixi de posar-me en el lloc de les persones a les que atenc	+
	<b>comp_afa15</b> em molesta escoltar als infermers i infermeres queixar-se per que tenen temps per a aplicar els tractaments mèdics i/o realitzar les tècniques necessàries per al diagnòstic	+
	<b>comp_con16</b> en les converses amb les persones a les que atenc evite que em conten assumptes privats.	■
	<b>comp_con17</b> quan les persones a les que atenc em plantegen els seus desitjos i/o necessitats procure no donar-los importància	■
conductual	<b>comp_con18</b> en la meua relació amb les persones que atenc utilitze freqüentment expressions com: "no passa res"; "això no és res"; "això no fa mal"; "tranquil/tranquil·la"	■
	<b>comp_con19</b> quan estic atenent a les persones estic centrat/ada en el seu diagnòstic i tractament mèdic	■
	<b>comp_con20</b> quan estic atenent a les persones estic més centrat/ada en identificar i satisfer les seues demandes d'atenció	+
	<b>comp_con21</b> sempre que puc procure parlar amb les persones per poder conèixer millor les seues demandes d'atenció	+

Els ítems referits a l'actitud *compassió* han estat modificats, pel que fa a la seua redacció, tenint en compte les valoracions dels experts i expertes. Així doncs si comparem la redacció d'aquests ítems amb els que figuren a la Taula 9, es poden veure els següents canvis:

- Tot i que es manté el nombre d'ítems, l'assignació d'aquests a cada subdimensió ha estat modificada.
- Els ítems corresponents a la subdimensió cognitiva han quedat reduïts a set(7) al suprimir l'ítem 1.3, i han estat redactats incloent el verb *creure* per marcar el caràcter de coneixement que caracteritza aquesta subdimensió. A més a més s'ha simplificat la redacció d'alguns ítems com ara l'1.6, que ha passat a ser **comp\_cog5** i en el que s'ha substituït *pacient i família* per *persones*. Tanmateix en eixe bloc l'expressió *única i irrepètible*, referida a la persona i que recollia l'ítem

1.8, ha estat substituïda per *singular*, tal i com es pot veure a l'ítem **comp\_cog.7**.

- El nombre d'ítems corresponents a la subdimensió afectiva-avaluativa es manté, modificant-se en alguns d'ells la redacció substituint l'expressió *em preocupa* per *em molesta* (ítems: **comp\_afa10**, **comp\_afa14** i **comp\_afa15**).
- La subdimensió conductual ha estat ampliada amb la incorporació d'un ítem resultat de la reformulació de l'ítem 1.20, en els ítems **comp\_con19** i **comp\_con20**.

Amb aquests ítems es pretén explorar el coneixement que pot tenir l'alumnat respecte de la consideració de l'ésser humà com un ésser holístic i singular, i la seua actitud front a eixa singularitat. Es considera que des d'aquesta conceptualització de la persona, la compassió/empatia es mostra com una actitud rellevant ja que és difícil poder obtenir un coneixement de la persona a la que atenem sinó desenvolupem aquesta actitud. Tanmateix aquests ítems ens poden ajudar a descobrir la importància i el valor que li dona l'alumnat a aquesta actitud en el procés de cures, entès com una relació d'ajuda. També esperem que ens permeten confrontar allò cognitiu amb allò afectiu i conductual i poder evidenciar si malgrat que l'alumnat considera important la compassió, la seua experiència emocional, els comportaments dels referents professionals, i la seua actuació són o no congruents amb eixe coneixement.



## Taula 25

Qüestionari VANCS versió aplicada a la mostra. Ítems referits a l'actitud  
Actitud vocacionada

DIMENSIÓ	VALORACIÓ DE LES ACTITUDS NECESSÀRIES PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES		
	Subdimen.		
2. ACTITUD VOCACIONADA	cognitiva	<b>acvo_cog1</b> crec que qualsevol persona que es gradua en infermeria pot ser un bon infermer o infermera <input type="checkbox"/>	
		<b>acvo_cog2</b> crec que per poder gaudir del meu treball com infermer o infermera és necessari tenir una actitud favorable cap a la cura de les persones <input checked="" type="checkbox"/>	
		<b>acvo_cog3</b> per ser un bon infermer o infermera és necessari tenir una actitud favorable per cuidar a les persones <input checked="" type="checkbox"/>	
		<b>acvo_cog4</b> la meua família dona suport a la meua actitud cap a la cura dels altres <input checked="" type="checkbox"/>	
		<b>acvo_cog5</b> els meus interessos personals són més importants que el compromís amb el benestar dels pacients <input type="checkbox"/>	
	afectiva-avaluativa	<b>acvo_afa6</b> em sent sensibilitzat/ada amb les necessitats que tenen les persones a les que atenc <input checked="" type="checkbox"/>	
		<b>acvo_afa7</b> vull dedicar la meu vida professional a ajudar a les persones que tenen problemes de salut <input checked="" type="checkbox"/>	
		<b>acvo_afa8</b> ser infermer o infermera és per a mi una forma de vida <input checked="" type="checkbox"/>	
		<b>acvo_afa9</b> ser infermer o infermera és per a mi la millor manera de ser útil a la societat <input checked="" type="checkbox"/>	
		<b>acvo_afa10</b> per a mi no hi ha res més gratificant que poder ser útil als altres <input checked="" type="checkbox"/>	
		<b>acvo_afa11</b> em sembla una ximpleria considerar que és necessari tenir vocació per poder ser infermer o infermera <input type="checkbox"/>	
		<b>acvo_afa12</b> sempre he volgut estudiar infermeria malgrat que la meua família i els meus amics creuen que és millor ser metge o metgessa <input checked="" type="checkbox"/>	
		<b>acvo_con13</b> estic estudiant infermeria perquè no he pogut estudiar el que volia <input type="checkbox"/>	
		<b>acvo_con14</b> estic estudiant infermeria perquè és una titulació fàcil d'estudiar <input type="checkbox"/>	
		<b>acvo_con15</b> estic estudiant infermeria perquè és una titulació amb possibilitat d'obtenir treball <input type="checkbox"/>	
		conductual	<b>acvo_con16</b> estic estudiant infermeria perquè crec que tinc vocació per a ser infermer o infermera <input checked="" type="checkbox"/>
			<b>acvo_con17</b> les infermeres i infermeres amb els que treballo, prioritzen el seu compromís amb les persones que atenen front al seus interessos personals <input checked="" type="checkbox"/>
			<b>acvo_con18</b> si alguna persona sol·licita la meua atenció no tinc problema en atendre'l encara que haja finalitzat la meua jornada de treball <input checked="" type="checkbox"/>
			<b>acvo_con19</b> si està acabant la meua jornada de treball i alguna persona demanda la meua atenció no tinc problema en dir-li que la meua companya o company els atindrà en el torn següent <input type="checkbox"/>





















Els ítems referits a l'actitud vocacionada han estat modificats, pel que fa a la seua redacció, tenint en compte les valoracions dels experts i expertes. Així doncs si comparem la redacció d'aquests ítems amb els que figuren a la Taula 10, es poden observar els següents canvis:

- El nombre d'ítems ha passat de dèssset(17) a dèneu(19). Aquest augment s'ha generat per la reformulació d'ítems que contenien més d'una variable: l'ítem 2.8, ha passat a **acvo\_afa8** i **acvo\_afa9**; i l'ítem 2.13ha passat a ser **acvo\_con15** i **acvo\_con16**.
- Els ítems corresponents a la subdimensió cognitiva han estat redactats incloent el verb *creure* per marcar el caràcter de coneixement que caracteritza aquesta subdimensió, i s'ha modificat la redacció de l'ítem 2.4, substituint l'expressió *els meus pares* per *la meua família* **acvo\_cog4**, tot i considerant que aquesta expressió és més inclusiva tenint en compte els diferents tipus de família que podem trobar en la societat actual. I s'han millorat les redaccions de la resta d'ítems.

Amb aquests ítems es vol mesurar *l'actitud vocacionada*. Com ja s'ha descrit, la vocació o actitud vocacionada és necessària per mantenir un compromís amb les persones a les que atenem. A través de les respostes als ítems es podrà explorar el coneixement que pot tenir l'alumnat sobre el concepte i significat de *vocació*, a més d'aproximar-nos a descobrir la importància i el valor que li dona l'alumnat a aquesta actitud. Tanmateix esperem que ens permeten confrontar allò cognitiu amb allò afectiu i conductual i poder evidenciar si malgrat que l'alumnat considera important aquesta actitud vocacionada, la seua experiència emocional; els comportaments dels referents professionals; i la seua actuació són o no congruents amb eixe coneixement.

## Taula 26

Qüestionari VANCS versió aplicada a la mostra. Ítems referits a l'actitud Responsabilitat

DIMENSÍO		Subdimen.	VALORACIÓ DE LES ACTITUDS NECESSÀRIES PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES	
3. RESPONSABILITAT	cognitiva		<b>resp_cog1</b> crec que la finalitat de treballar bé és evitar les denúncies 	
			<b>resp_cog2</b> crec que ser infermer o infermera significa protegir a les persones vulnerables 	
			<b>resp_cog3</b> crec que les infermeres i infermers som responsables de les persones a les que atenem 	
			<b>resp_cog4</b> crec que assumir la responsabilitat de les pròpies decisions i accions és una qualitat essencial per obtenir la consideració de professió 	
			<b>resp_cog5</b> crec que si treballo en atenció primària tindrè més responsabilitat sobre les persones a les que atenc 	
			<b>resp_cog6</b> crec que la responsabilitat de <i>curar i cuidar</i> a les persones la tenen en primer lloc els professionals de la medicina 	
			<b>resp_cog7</b> crec que si tinc capacitat per prendre decisions tinc també responsabilitat 	
			<b>resp_cog8</b> crec que les infermeres i els infermers, en general, estan més preocupats per possibles denúncies que pel benestar de les persones a les que atenen 	
			<b>resp_afa9</b> crec que és bo que els professionals sanitaris es protegim per evitar denúncies 	
			<b>resp_afa10</b> sent que estic preparat/da per prendre decisions sobre les persones a les que atenc 	
	afectiva-avaluativa		<b>resp_afa11</b> crec que si treballo en un context hospitalari, no hauré de prendre decisions sobre les persones a les que atenc 	
			<b>resp_afa12</b> la meua família m'aconsella que és millor no tenir que prendre decisions 	
			<b>resp_afa13</b> si comet alguna errada quan estic atenent a una persona em preocupa sobretot tenir que fer front a una denúncia 	
			<b>resp_afa14</b> prefereix treballar en atenció primària crec que és on les infermeres podem demostrar que som responsables de les persones a les que atenem 	
		conductual		<b>resp_con15</b> quan una persona em pregunta sobre el seu estat de salut li dic que li pregunte al metge o metgessa responsable 
				<b>resp_con16</b> si he comés alguna errada que ha afectat a alguna de les persones a les que atenc, encara que no haja segut greu m'ha quedat consciència de falta 
				<b>resp_con17</b> si he comés alguna errada que ha afectat a alguna de les persones a les que atenc evite informar a la resta de l'equip 
				<b>resp_con18</b> en les pràctiques he pogut prendre decisions sobre les persones a les que atenc 
				<b>resp_con19</b> les infermeres i els infermers amb els que he treballat, m'animen a prendre decisions 
				<b>resp_con20</b> les infermeres i els infermers amb els que he treballat sempre em recorden que els metges i metgesses són els responsables de les persones 

Els ítems referits a l'actitud *responsabilitat* han estat modificats, pel que fa a la seua redacció, tenint en compte les valoracions de les expertes i els

experts. Així doncs si comparem la redacció d'aquests ítems amb els que figuren a la Taula 11, es poden veure els següents canvis:

- El nombre total d'ítems i els corresponents a cada subdimensió no han estat modificats.
- Els ítems corresponents a la subdimensió cognitiva han estat redactats incloent el verb *creure* per marcar el caràcter de coneixement que caracteritza aquesta subdimensió
- L'ítem 3.10, ha passat a redactar-se en positiu, ítem **resp\_afa10**. Tanmateix han modificat la redacció els ítems: **resp\_afa11** i **resp\_afa12**.

Amb els ítems continguts en la Taula 26, es pretén explorar el coneixement que pot tenir l'alumnat sobre el concepte i significat de responsabilitat. La responsabilitat sobre les decisions i actuacions sobre l'activitat que es desenvolupa, és un requisit imprescindible per poder considerar eixa activitat com una activitat de caràcter professional. A través de les respostes als ítems podrem aproximar-nos a descobrir quins són els coneixements que té l'alumnat sobre aquesta actitud i la importància i el valor que li dona. Tanmateix esperem que ens permeten confrontar allò cognitiu amb allò afectiu i conductual i poder evidenciar si malgrat que l'alumnat considera important aquesta responsabilitat, la seua experiència emocional; els comportaments dels referents professionals; i la seua actuació són o no congruents amb eixe coneixement.

## Taula 27

Qüestionari VANCS versió aplicada a la mostra. Ítems referits a l'actitud cap a la Comunicació

DIMENSIÓ		Subdimen.	VALORACIÓ DE LES ACTITUDS NECESSÀRIES PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES
4. ACTITUD CAP A LA COMUNICACIÓ	cognitiva		<b>acco_cog1</b> crec que les persones són interlocutors vàlids en el procés de cures <b>+</b>
			<b>acco_cog2</b> crec que no és possible tenir cura adequadament si no tenim coneixement de les aspiracions d'autonomia i autorealització de les persones <b>+</b>
			<b>acco_cog3</b> crec que és necessari generar un ambient adequat per afavorir la comunicació amb les persones a les que atenem <b>+</b>
			<b>acco_cog4</b> crec que les infermeres i els infermers, necessitem conèixer aspectes de la persona que formen part de la seua intimitat <b>+</b>
			<b>acco_cog5</b> crec que és necessari que les persones a les que atenem sàpiguen que la informació que ens faciliten és confidencial <b>+</b>
			<b>acco_cog6</b> les infermeres i infermers estan obligats al secret professional <b>+</b>
			<b>acco_cog7</b> crec que hi ha aspectes de les persones a les que atenem sobre els que no hauria de preguntar <b>-</b>
			<b>acco_afa8</b> sols dirigint-me a les persones amb el màxim respecte podré obtenir la informació que necessite per poder cuidar-les <b>+</b>
			<b>acco_afa9</b> m'intimida que les persones a les que atenc m'aborden per a preguntar-me o contar-me informacions que jo considere privades <b>-</b>
			<b>acco_afa10</b> conèixer en profunditat a les persones que atenem genera vincles emocionals <b>-</b>
	afectiva-avaluativa		<b>acco_afa11</b> establir vincles emocionals amb les persones a les que atenem dificulta el procés de cures <b>-</b>
			<b>acco_afa12</b> em fa vergonya iniciar una conversa si la persona és desconeguda <b>-</b>
			<b>acco_afa13</b> és bo tutejar a les persones a les que atenc <b>-</b>
	conductual		<b>acco_con14</b> quan recull informació sobre una persona a la que cuide utilitze sempre els documents dissenyats a l'efecte <b>+</b>
			<b>acco_con15</b> quan he de recollir informació sobre una persona anote la informació en eixe moment <b>+</b>
			<b>acco_con16</b> tinc costum de dirigir-me a les persones a les que atenc utilitzant "vostè" com expressió de respecte <b>+</b>
			<b>acco_con17</b> en l'exercici professional estic tenint dificultats per comunicar-me amb els companys i companyes <b>-</b>
			<b>acco_con18</b> en l'exercici professional estic tenint dificultats per comunicar-me amb les persones a les que atenc <b>-</b>

Igual que en les dimensions anteriors, en la dimensió actitud cap a la comunicació, els ítems han estat modificats, pel que fa a la seua redacció, tenint en compte les valoracions dels experts i expertes. Així doncs si

comparem la redacció d'aquests ítems amb els que figuren a la Taula 12, es poden identificar els següents canvis:

- Els ítems corresponents a la subdimensió cognitiva han estat redactats incloent el verb *creure* per marcar el caràcter de coneixement que caracteritza aquesta subdimensió.
- Pel que fa al nombre total d'ítems aquest s'ha incrementat, passant de quinze(15) ítems, Taula12, a díhuit(18) ítems, Taula 27. L'increment ha estat en les subdimensions afectiva-avaluativa i conductual, com a conseqüència de la reformulació d'alguns ítems. L'ítem 4.10 es transforma en **acco\_afa10** i **acco\_afa11**; l'ítem 4.13 en **acco-con14** i **acco\_con15**; i l'ítem 4.15 en **acco\_con17** i **acco\_con18**.

Amb tots aquests ítems, es pretén explorar el coneixement que pot tenir l'alumnat sobre el concepte i el significat de la comunicació en el procés de cures. La comunicació és una eina fonamental per tenir cura de les persones si considerem, com ja s'ha comentat, que el procés de cures és una relació d'ajuda. Sense comunicació és difícil obtenir un coneixement adequat de la persona a la que atenem i molt difícil poder transmetre-l'hi com anem a ajudar-la i com pot participar en el seu procés de cures. A través de les respostes als ítems podrem aproximar-nos a descobrir la importància i el valor que li dona l'alumnat a la comunicació. Tanmateix esperem que ens permeten confrontar allò cognitiu amb allò afectiu i conductual i poder evidenciar si malgrat que l'alumnat considera important la comunicació, la seua experiència emocional; els comportaments dels referents professionals; i la seua actuació són o no congruents amb eixe coneixement.

## Taula 28

Qüestionari VANCS versió aplicada a la mostra. Ítems referits a l'actitud cap a l'Empoderament en salut

DIMENSIÓ		Subdimen.		VALORACIÓ DE LES ACTITUDS NECESSÀRIES PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES	
5. ACTITUD CAP A LEMPODERAMENT EN SALUT	cognitiva	acem_cog1	crec que les persones i les seues famílies han d'assumir la responsabilitat en la seua cura	+	+
		acem_cog2	crec que les persones i les seues famílies tenen dret a rebre informació i educació per poder assumir de manera efectiva la responsabilitat de la seua cura	+	+
		acem_cog3	crec que les persones estan capacitats per a fer-se càrrec de la seua cura	+	+
		acem_cog4	crec que el treball que realitzem al centre de salut permet que les infermeres i infermers dediquen temps a l'educació per a la salut de les persones a les que atenen	+	+
		acem_cog5	crec que el treball que realitzem a l'hospital no permet que dediquen temps a fer educació per a la salut amb les persones a les que atenem	+	+
	afectiva-avaluativa	acem_afa6	em molesta no poder ensenyar a les persones que atenc com han de cuidar la seua salut	+	+
		acem_afa7	les infermeres i els infermers amb els que treballa al centre de salut estan preocupats per ensenyar a les persones com han de cuidar la seua salut	+	+
		acem_afa8	m'agrada que les persones a les que atenc me pregunten sobre què fer per millorar la seua salut i com fer-ho	+	+
		acem_afa9	és millor treballar en atenció primària perquè tenim més temps per fer educació per a la salut	-	-
		acem_afa10	prefereix realitzar els procediments de cures abans que ensenyar a les persones per que puguen fer-ho elles mateix	-	-
	conductual	acem_con11	a l'hospital dediquem una part important del temps de treball a ensenyar a les persones com han de cuidar la seua salut	+	+
		acem_con12	al centre de salut dediquem una part important del temps de treball a ensenyar a les persones com han de cuidar la seua salut	+	+
		acem_con13	aprofite qualsevol moment amb les persones a les que atenc per ajudar-los a millorar els seus coneixements sobre com tenir cura de la seua salut	+	+

Les observacions generals assenyalades pels experts i expertes ens han permès, com en la resta de dimensions, modificar el conjunt d'ítems referits a l'actitud cap a l'empoderament en salut. En aquest cas les modificacions no han afectat al nombre total d'ítems ni a la seua distribució entre les subdimensions. Si es compara la redacció d'aquests ítems amb els que figuren a la Taula 13, es poden identificar els següents canvis:

- Els ítems corresponents a la subdimensió cognitiva han estat redactats incloent el verb *creure* per marcar el caràcter de coneixement que caracteritza aquesta subdimensió.
- A l'ítem 5.6 es canvia l'expressió *em preocupa* per *em molesta* **acem\_afa6**.

Amb aquests ítems, es pretén explorar el coneixement que pot tenir l'alumnat sobre el concepte i significat de l'empoderament. La necessitat d'empoderar en salut a la persona, és una conseqüència del reconeixement d'aquesta com un ésser autònom amb capacitat per prendre decisions. L'empoderament permet afavorir la participació dels subjectes com a ciutadans i ciutadanes en els processos de millora de l'atenció sanitària. A través de les respostes als ítems podrem aproximar-nos a descobrir la importància i el valor que li dona l'alumnat a *l'empoderament en salut*. Tanmateix esperem que ens permeten confrontar allò cognitiu amb allò afectiu i conductual i poder evidenciar si malgrat que l'alumnat considera important aquesta actitud, la seua experiència emocional; els comportaments dels referents professionals; i la seua actuació són o no congruents amb eixe coneixement.

## Taula 29

*Qüestionari VANCS versió aplicada a la mostra. Ítems referits a l'actitud cap a Competència tècnica*

6. DIMENSIÓ	Subdimen. cognitiva	VALORACIÓ DE LES ACTITUDS NECESSÀRIES PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES
		comtec_con1 crec que el domini de les tècniques és el que determina la qualitat professional



	<b>comtec_con2</b> crec que el domini de les tècniques és suficient per aconseguir l'excel·lència professional	■
	<b>comtec_con3</b> crec que la competència tècnica és insuficient per a protegir la fragilitat de les persones a les que atenem	+
	<b>comtec_con4</b> crec que el domini de la tècnica és insuficient, per a ser un/una bona infermera	+
	<b>comtec_con5</b> crec que les persones a les que atenem valoren igualment la competència tècnica i l'amabilitat en els infermers i les infermeres	+
afectiva-avaluativa	<b>comtec_afa6</b> allò més important en el meu treball com a infermer o infermera és la competència tècnica	■
	<b>comtec_afa7</b> estic tranquil/a perquè se que l'experiència m'ajudarà a adquirir competència tècnica	+
	<b>comtec_afa8</b> em preocupa que amb el temps deixi de interessar-me per la meua competència tècnica	+
	<b>comtec_afa9</b> em preocupa acabar la meua formació i no tenir la competència tècnica necessària	+
	<b>comtec_con10</b> quan m'equivoque al realitzar una tècnica em sent menyspreada per les infermeres amb les que estic en pràctiques	■
conductual	<b>comtec_con11</b> quan vaig a realitzar una tècnica pose tota la meua atenció en el procediment a seguir sense pensar en la persona qui li l'he d'aplicar	■
	<b>comtec_con12</b> abans de realitzar una tècnica m'interessa per conèixer l'estat general de la persona a la que atenc	+
	<b>comtec_con13</b> abans de realitzar una tècnica valore si tinc els coneixements necessaris per fer-la	+

Els ítems de l'actitud cap a la *competència tècnica*, igual que en la resta, s'han vist modificats per les observacions generals assenyalades pels experts i expertes. En aquest cas les modificacions han afectat al nombre total d'ítems i a la seua distribució entre les subdimensions. Si es compara la redacció d'aquests ítems amb els que figuren a la Taula 14, es poden identificar els següents canvis:

- Els ítems corresponents a la subdimensió cognitiva han estat redactats incloent el verb *creure* per marcar el caràcter de coneixement que caracteritza aquesta subdimensió. Tanmateix en aquesta subdimensió és on s'ha produït una reducció del nombre d'ítems.
- Ha estat suprimit l'ítem 6.5 per l'ambigüitat de l'expressió *bona voluntat*. I s'han combinat els ítems 6.6 i 6.7, transformant-se en l'ítem **comtec\_con5**.
- La redacció de l'ítem 6.12 ha estat modificada **comtec\_con10**.

Amb aquests ítems, es pretén aproximar-nos a descobrir la importància i el valor que li dona l'alumnat a la *competència tècnica*. La competència tècnica ha estat la senya d'identitat dels ATS, de qui les infermeres espanyoles són hereves. Tanmateix esperem que ens permeten confrontar allò cognitiu amb allò afectiu i conductual i poder evidenciar si la seua experiència emocional; els comportaments dels referents professionals; i la seua actuació són o no congruents.

### Taula 30

*Qüestionari VANCS versió aplicada a la mostra. Ítems referits a l'actitud cap a l'Autoestima professional*

DIMENSIÓ	Subdimen.	VALORACIÓ DE LES ACTITUDS NECESSÀRIES PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES	
7. ACTITUD CAP A L' AUTOESTIMA PROFESSIONAL	cognitiva	<b>acaut_cog1</b> crec que tenir una raonable confiança en mi mateix és fonamental per desenvolupar qualsevol projecte vital	+
		<b>acaut_cog2</b> crec que la societat considera que les infermeres som professionals sanitaris de "segon nivell"	■
		<b>acaut_cog3</b> crec que és poc freqüent escoltar parlar d'infermeres rellevants	■
		<b>acaut_cog4</b> crec que és necessari un grau raonable d'autoestima, per a que les persones puguen fer tasques que els il·lusionen	+
		<b>acaut_cog5</b> crec que quan acabe la meua formació serè capaç de tenir cura de les persones de manera excel·lent	+
	afectiva-avaluativa	<b>acaut_afa6</b> haver tingut que conformar-me amb els estudis d'infermeria m'ha generat un sentiment de frustració	■
		<b>acaut_afa7</b> les infermeres i els infermers que conec consideren important la tasca que desenvolupen amb les persones a les que atenen	+
		<b>acaut_afa8</b> em molesta veure la falta de consideració que es tenen alguns infermers i infermeres entre si, pel treball que desenvolupen	+
		<b>acaut_afa9</b> em fa vergonya preguntar els dubtes que tinc sobre el que cal fer amb la persona a la que atenc	■
	conductual	<b>acaut_con10</b> quan pregunten qui vol atendre a alguna persona o fer qualsevol tècnica sempre m'ofereix	+
		<b>acaut_con11</b> quan en les pràctiques de simulació es planteja qualsevol problema prefereix que siguin altres companys o companyes els qui formulen propostes per resoldre'l	■
		<b>acaut_con12</b> prefereix preguntar els dubtes que tinc als meus companys o companyes de pràctiques	■
		<b>acaut_con13</b> sempre que es planteja qualsevol dubte durant les pràctiques busque l'ajuda d'un o una infermera	+

Les observacions generals assenyalades pels experts i expertes ens han permès, com en la resta de dimensions, modificar el conjunt d'ítems referits a l'actitud *cap a l'autoestima professional*. En aquest cas les modificacions no han afectat al nombre total d'ítems ni a la seua distribució entre les subdimensions. Si es compara la redacció d'aquests ítems amb els que figuren a la Taula 15, es poden identificar els següents canvis:

- Els ítems corresponents a la subdimensió cognitiva han estat redactats incloent el verb *creure* per marcar el caràcter de coneixement que caracteritza aquesta subdimensió.
- Els ítems 7.3 i 7.4 han passat a redactar-se en positiu **acaut\_cog3**, **acaut\_cog4**.
- A l'ítem 7.8 s'ha canviat l'expressió *em preocupa* per *em molesta* **acaut\_afa8**.

Amb aquests ítems, es pretén explorar el coneixement que pot tenir l'alumnat sobre el concepte i significat d'autoestima professional. L'autoestima, en tant que és un reconeixement de la cura que les infermeres es fan sobre si mateix, és necessària per poder tenir cura de les persones. A través de les respostes als ítems podrem aproximar-nos a descobrir la importància i el valor que li dona l'alumnat a aquesta actitud. Tanmateix esperem que ens permeten confrontar allò cognitiu amb allò afectiu i conductual i evidenciar si la seua experiència emocional; els comportaments dels referents professionals; i la seua actuació són o no congruents.

### **6.3. Propietats psicomètriques del qüestionari VANCS**

A continuació es presenten els resultats de l'anàlisi de la fiabilitat, validesa i estabilitat temporal de VANCS. L'escala com hem vist a l'apartat anterior ha quedat configurada amb un total de 117 ítems agrupats en set(7) subdimensions.

#### **6.3.1. Fiabilitat**

Segons Frias-Navarro (2021) quan es parla de fiabilitat en els processos de validació de qüestionaris, cal tenir en compte que eixa fiabilitat no serà del test sinó de les puntuacions obtingudes amb eixe test sobre una mostra concreta i per tant no es tracta d'una propietat inherent al test o instrument de mesura. Aquesta autora, fent referència a Sánchez-Meca i López-Pina, adverteix que és una errada utilitzar en un informe l'expressió "la fiabilitat de l'escala és ..." i ens proposa utilitzar el que ella considera una expressió més ajustada a la realitat: "la fiabilitat de les puntuacions de l'escala en la mostra és de..." (2021, p. 3).

Així doncs pel que fa a l'avaluació de la fiabilitat sobre els ítems del qüestionari elaborat, podem afirmar que la fiabilitat de les puntuacions del qüestionari en la mostra de 309 estudiants i estudiantes és de  $\alpha = .789$ .

A les taules següents apareixen el total dels ítems de cada dimensió, seguits de la mitjana, la desviació estàndard, l'*alpha de Cronbach* si eliminen l'ítem( $\alpha - x$ ), l'*alpha de Cronbach* i la correlació ítem-total. Tanmateix es recull els valors de l'*alpha* global i de la dimensió.

**Taula 31**

*Dimensió Compassió: Valors de mitjana; desviació estàndard; alfa menys l'ítem; alfa estàndard; i rjx (ítem total)*

Dimensió **COMPASSIÓ**

<b>(<math>\alpha</math>=.789)</b> global <b>(<math>\alpha</math>=.672)</b> de la dimensió	Mitjana	Desviació estàndard	( $\alpha$ -x)	Std.Alpha	rjx(ítem total)
comp_cog1	1,74	1,050	0,786	0,818	0,229
comp_cog2	1,56	,883	0,787	0,819	0,161
comp_cog3	3,81	,946	0,786	0,817	0,225
comp_cog4	4,55	,651	0,786	0,815	0,294
comp_cog5	4,47	,759	0,786	0,817	0,220
comp_cog6	2,61	1,050	0,791	0,821	-0,003
comp_cog7	4,69	,726	0,786	0,817	0,231
comp_afa8	2,15	,943	0,788	0,820	0,104
comp_afa9	4,41	,686	0,785	0,815	0,314
comp_afa10	3,81	,979	0,788	0,818	0,140
comp_afa11	4,62	,636	0,786	0,815	0,271
comp_afa12	3,18	1,304	0,787	0,818	0,188
comp_afa13	1,83	,881	0,788	0,820	0,143
comp_afa14	3,85	1,140	0,787	0,818	0,156
comp_afa15	3,16	1,188	0,789	0,819	0,106
comp_con16	2,12	,973	0,789	0,821	0,075
comp_con17	1,36	,763	0,788	0,820	0,120
comp_con18	2,69	1,143	0,788	0,819	0,118
comp_con19	2,50	,907	0,786	0,818	0,210
comp_con20	4,20	,733	0,786	0,816	0,251
comp_con21	4,43	,664	0,788	0,818	0,121

**Taula 32**

*Dimensió Actitud Vocacionada: Valors de mitjana; desviació estàndard; alfa menys l'ítem; alfa estàndard; i rjx (ítem total)*

Dimensió **ACTITUD VOCACIONADA**

<b>(<math>\alpha</math>=.789)</b> global <b>(<math>\alpha</math>=.719)</b> de la dimensió	Mitjana	Desviació estàndard	( $\alpha$ -x)	Std.Alpha	rjx(ítem total)
acvo_cog1	2,09	1,237	0,787	0,819	0,174

acvo_cog2	4,70	,501	0,786	0,815	0,286
acvo_cog3	4,72	,502	0,786	0,814	0,316
acvo_cog4	4,69	,565	0,788	0,817	0,147
acvo_cog5	1,66	,751	0,789	0,821	0,081
acvo_afa6	4,29	,669	0,786	0,815	0,272
acvo_afa7	4,66	,633	0,786	0,815	0,298
acvo_afa8	4,18	,946	0,786	0,817	0,203
acvo_afa9	3,90	1,070	0,784	0,816	0,299
acvo_afa10	4,47	,745	0,784	0,814	0,360
acvo_afa12	2,48	1,445	0,792	0,822	-0,052
acvo_con13	1,74	1,236	0,789	0,820	0,094
acvo_con14	1,24	,541	0,789	0,821	0,075
acvo_con15	2,85	1,314	0,788	0,819	0,124
acvo_con16	4,30	,932	0,788	0,818	0,140
acvo_con17	3,27	,966	0,790	0,820	0,008
acvo_con18	4,27	,796	0,786	0,817	0,215
acvo_con19	1,94	,931	0,790	0,822	-0,005

### Taula 33

*Dimensió Responsabilitat: Valors de mitjana; desviació estàndard; alfa menys l'ítem; alfa estàndard; i rjx (ítem total)*

Dimensió <b>RESPONSABILITAT</b>					
( $\alpha$ = <b>.789</b> ) global ( $\alpha$ = <b>.631</b> ) de la dimensió	Mitjana	Desviació estàndard	( $\alpha$ -x)	Std.Alpha	rjx(ítem total)
resp_cog1	1,28	,566	0,789	0,821	0,077
resp_cog2	3,92	1,008	0,786	0,817	0,222
resp_cog3	4,66	,613	0,785	0,813	0,396
resp_cog4	4,46	,671	0,786	0,816	0,228
resp_cog5	2,69	1,073	0,786	0,818	0,201
resp_cog6	1,34	,686	0,789	0,821	0,065
resp_cog7	4,74	,566	0,785	0,814	0,362
resp_cog8	1,99	,988	0,789	0,820	0,096
resp_afa9	2,59	1,163	0,787	0,819	0,179
resp_afa10	3,14	1,037	0,789	0,819	0,087
resp_afa11	1,45	,708	0,790	0,822	0,015
resp_afa12	1,56	,818	0,789	0,820	0,045
resp_afa13	2,79	1,244	0,787	0,819	0,169
resp_afa14	2,55	1,154	0,787	0,818	0,180

resp_con15	2,27	,999	0,788	0,820	0,129
resp_con16	4,25	,885	0,785	0,816	0,270
resp_con17	1,44	,849	0,790	0,822	-0,020
resp_con18	3,14	1,284	0,790	0,820	0,078
resp_con19	3,90	,969	0,790	0,821	0,014
resp_con20	1,80	,929	0,788	0,820	0,129

### Taula 34

*Dimensió Actitud cap a la Comunicació: Valors de mitjana; desviació estàndard; alfa menys l'ítem; alfa estàndard; i rjx (item total)*

Dimensió <b>ACTITUD CAP A LA COMUNICACIÓ</b>					
<b>(<math>\alpha</math> = .789)</b> global <b>(<math>\alpha</math> = .528)</b> de la dimensió	Mitjana	Desviació estàndard	( $\alpha$ -x)	Std.Alpha	rjx(item total)
acco_cog1	4,50	,653	0,788	0,817	0,142
acco_cog2	4,05	,885	0,788	0,818	0,147
acco_cog3	4,79	,477	0,786	0,814	0,320
acco_cog4	3,36	1,021	0,786	0,817	0,206
acco_cog5	4,78	,467	0,787	0,815	0,267
acco_cog6	4,83	,479	0,787	0,816	0,260
acco_cog7	3,15	1,166	0,791	0,820	0,022
acco_afa8	4,19	,967	0,786	0,817	0,233
acco_afa9	2,35	1,123	0,787	0,820	0,155
acco_afa10	3,85	,941	0,786	0,816	0,252
acco_afa11	2,71	1,105	0,790	0,821	0,060
acco_afa12	1,99	1,101	0,787	0,819	0,175
acco_afa13	2,77	,906	0,789	0,820	0,080
acco_con14	3,50	1,053	0,785	0,817	0,268
acco_con15	3,79	1,024	0,785	0,816	0,280
acco_con16	3,84	1,123	0,787	0,818	0,155
acco_con17	1,79	,839	0,790	0,821	0,020
acco_con18	1,83	,906	0,789	0,821	0,085

**Taula 35**

*Dimensió Actitud cap a l'Empoderament en salut: Valors de mitjana; desviació estàndard; alfa menys l'ítem; alfa estàndard; i rjx (ítem total)*

Dimensió <b>ACTITUD CAP A L'EMPODERAMENT EN SALUT</b>					
<b>(<math>\alpha</math> = .789)</b> global <b>(<math>\alpha</math> = .498)</b> de la dimensió	Mitjana	Desviació estàndard	( $\alpha$ -x)	Std.Alpha	rjx(ítem total)
acem_cog1	3,91	,896	0,786	0,817	0,241
acem_cog2	4,82	,448	0,787	0,815	0,285
acem_cog3	3,37	,980	0,788	0,819	0,121
acem_cog4	4,06	,925	0,786	0,817	0,239
acem_cog5	3,04	1,145	0,787	0,819	0,168
acem_afa6	3,93	,927	0,787	0,817	0,181
acem_afa7	3,78	,956	0,786	0,817	0,218
acem_afa8	4,60	,604	0,785	0,814	0,328
acem_afa9	3,08	,960	0,787	0,818	0,183
acem_afa10	1,93	,851	0,790	0,822	-0,011
acem_con11	2,67	1,026	0,788	0,819	0,147
acem_con12	3,80	,900	0,786	0,817	0,230
acem_con13	4,19	,851	0,785	0,816	0,275

**Taula 36**

*Dimensió Actitud cap a la Competència tècnica: Valors de mitjana; desviació estàndard; alfa menys l'ítem; alfa estàndard; i rjx (ítem total)*

Dimensió <b>ACTITUD CAP A LA COMPETÈNCIA TÈCNICA</b>					
<b>(<math>\alpha</math> = .789)</b> global <b>(<math>\alpha</math> = .443)</b> de la dimensió	Mitjana	Desviació estàndard	( $\alpha$ -x)	Std.Alpha	rjx(ítem total)
comtec_cog1	2,15	1,094	0,787	0,819	0,163
comtec_cog2	1,49	,775	0,789	0,821	0,063
comtec_cog3	3,81	1,244	0,788	0,819	0,123
comtec_cog4	3,97	1,214	0,790	0,819	0,071
comtec_cog5	3,26	1,351	0,787	0,818	0,195
comtec_afa6	1,87	,806	0,788	0,820	0,100
comtec_afa7	4,23	,794	0,786	0,816	0,277
comtec_afa8	2,77	1,340	0,787	0,819	0,180
comtec_afa9	4,24	1,045	0,787	0,818	0,188



comtec_con10	2,19	1,048	0,787	0,819	0,165
comtec_con11	1,80	,890	0,787	0,819	0,189
comtec_con12	4,48	,657	0,787	0,816	0,207
comtec_con13	4,50	,622	0,787	0,817	0,185

### Taula 37

*Dimensió Actitud cap a l'Autoestima professional: Valors de mitjana; desviació estàndard; alfa menys l'ítem; alfa estàndard; i rjx (ítem total)*

#### Dimensió **ACTITUD CAP A L'AUTOESTIMA PROFESSIONAL**

<b>(<math>\alpha</math> = .789)</b> global <b>(<math>\alpha</math> = .486)</b> de la dimensió	Mitjana	Desviació estàndard	( $\alpha$ -x)	Std.Alpha	rjx(ítem total)
acaut_cog1	4,65	,614	0,787	0,816	0,224
acaut_cog2	4,16	1,059	0,787	0,818	0,163
acaut_cog3	3,74	1,180	0,787	0,818	0,188
acaut_cog4	4,44	,730	0,788	0,818	0,131
acaut_cog5	2,63	1,151	0,790	0,820	0,051
acaut_afa6	1,37	,830	0,789	0,821	0,067
acaut_afa7	4,32	,733	0,787	0,817	0,187
acaut_afa8	3,92	1,023	0,785	0,817	0,269
acaut_afa9	1,94	1,035	0,789	0,821	0,073
acaut_con10	4,20	,861	0,786	0,817	0,214
acaut_con11	2,60	1,140	0,791	0,821	0,008
acaut_con12	2,68	1,173	0,787	0,818	0,193
acaut_con13	4,65	,630	0,786	0,816	0,256

L'estadístic que s'ha fet servir per a mesurar la fiabilitat, com ja s'ha indicat, ha estat *l'alpha de Cronbach*, considerant que és el més utilitzat per avaluar la consistència interna. Segons un estudi de Hogan et al. (2000) citat per Frias-Navarro (2021) ha estat utilitzat en un 75% dels articles publicats.

Com ja hem indicat l'anàlisi de la consistència interna dels ítems, en aquest estudi, ha obtingut un *l'alpha de Cronbach de .789 (95%IC.753,.822)*, considerant aquest valor com un valor bo. Això ens permet afirmar que els ítems que conformen el qüestionari VANCS permeten mesurar el constructe

que ha quedat definit en aquesta investigació. No obstant això volem assenyalar que els valors d'*alpha* obtinguts en cadascuna de les dimensions, com es pot veure a les taules, oscil·len entre ( **$\alpha=.443$** ) i ( **$\alpha=.719$** ). Autors com Nunnally (1967), o Loewenthal (1996), suggereixen valors de consistència interna acceptables entre .5 i .6, quan estem en les primeres fases d'una investigació o estudis exploratoris. Tenint en compte que *l'alpha* del constructe és bona, les valoracions dels experts i expertes, i que es tracta d'un estudi preliminar, considerem que el que cal és ampliar la investigació amb mostres més amples i tornar a avaluar els resultats de *l'alpha* per dimensions, ja que en cas de que no produir-se una millora caldria revisar els ítems de les dimensions que obtingueren una *alpha*<.5.

Com es pot veure a la columna (a-x) *alfa menys l'ítem*, els canvis que presentaria el valor de *l'alfa* general si s'elimina qualsevol dels ítems són mínims. No obstant això, apareix en alguns ítems valors negatius (acvo\_afa12; acvo\_con19; resp\_con17;acem\_afa10) i propers a 0 en la columna rjx (ítem total). Els tres últims ítems pertanyen als ítems negatius, però l'ítem acvo\_afa12, és un ítem positiu i aquest resultat podria fer-nos dubtar sobre el seu manteniment, ja que es podria considerar que eixe ítem no mesura el mateix que la resta i no té sentit combinar-lo en una puntuació total (Frias-Navarro, 2021). Malgrat aquests valors considerem que la pràcticament nul·la variabilitat en (a-x) *alfa menys l'ítem* i les valoracions dels experts i expertes en eixos ítems en cap cas justificaria la seua eliminació.

Aquests resultats són difícilment comparables als obtinguts en altres investigacions semblants. En general en els treballs que s'han pogut consultar sobre construcció d'escala d'actituds els qüestionaris o escales dissenyats

estan centrats en una única actitud i un nombre més baix d'ítems. Giménez Espert, a la seua tesis, dissenya i valida un qüestionari per mesurar l'actitud cap a la comunicació (Giménez Espert, 2016). L'instrument està constituït per 62 ítems, obtenint-se un valor *alpha de Cronbach* de .76. Gargallo et al. dissenyen i avaluen un instrument per mesurar les actituds cap a l'aprenentatge, qüestionari CEVAPU (Gargallo López, Pérez Pérez, Fernández, & Jiménez, 2007). Aquest instrument conté 11 ítems, amb un  $\alpha=.701$ . Poblete et al (2012)., validen dues escales fonamentades en la Teoria Transpersonal del Cuidado Humano de Jean Watson, obtenint-se un  $\alpha=.76$  per a *Caring Efficacy Scale* i un  $\alpha=.82$  per a *Nyberg's Caring Assessment*.

### **6.3.2. Validesa de constructe**

Com ha quedat recollit a l'apartat d'anàlisi estadístic, per obtenir indicadors objectius sobre la validesa de constructe del qüestionari o escala VANCS, s'ha utilitzat la prova estadística anomenada *Escalament Multidimensional* o EMD, com alternativa a l'Anàlisi Factorial Clàssic (AFC) (Pérez Carbonell, Ramos Santana, & López González, 2009) i (Rivas & Martínez Arias, 1991).

Aquesta prova segons Arce, de Francisco i Arce (2010) permet representar un conjunt d'objectes en un espai de baixa dimensionalitat, entenent per objecte qualsevol entitat que desitgem escalar. En aquest cas el que es vol és identificar la similitud del conjunt d'ítems de cada subdimensió, per trobar evidència quantitativa sobre l'adequació dels ítems al constructe que es vol mesurar. El propòsit de l'EMD és, segons (Guerrero Casas & Ramírez Hurtado, 2002):

...transformar los juicios de similitud o preferencia llevados a cabo por una serie de individuos sobre un conjunto de objetos o estímulos, en distancias susceptibles de ser representadas en un espacio multidimensional. El MSD está basado en la comparación de objetos o estímulos, de forma que si un individuo juzga a los objetos A y B como los más similares entonces las técnicas MSD colocarán a los objetos A y B en el gráfico de forma que la distancia entre ellos sea más pequeña que la distancia entre cualquier otro par de objetos. (p.2)

Els resultats es mostren mitjançant els valors *d'Estrès* i *RSQ* (*coeficient de correlació de quadrats*), obtinguts al analitzar el conjunt d'ítems de les tres subdimensions, i els models gràfics de distància euclidiana.

Segons Kruskal i Wish (1978) en Rodríguez Sabiote, Gutiérrez Pérez i Fernández (2004, p. 384) els valors *d'Estrès*  $< 0.10$  poden considerar-se acceptables i indicatius d'un bon ajust. Aquest ajust serà major conforme el valor s'apropa a la xifra 0. En Sánchez Carrión (1985, p. 205) i (Linares, 2001, p. 175) es pot trobar la proposta de gradació dels valors *d'Estrès* on s'indica que un valor *d'Estrès* de:

- 0.00 indica un ajust *perfecte*
- 0.02 marca un ajust *excel·lent*
- 0.05 ajust *bo*
- 0.10 ajust *regular*
- 0.20 ajust *pobre*.

Pel que fa a la *RSQ*, que està considerat com un indicador de la bondat de l'ajust, aquest serà millor conforme el valor *RSQ* s'apropa al valor 1.

A la Taula 38 es mostren els valors d'Estrès i RSQ obtinguts en l'anàlisi dels ítems de cada actitud.

### Taula 38

*Valors d'Estrès i RSQ en cada actitud*

<b>ACTITUDS</b>	<b>Estrès</b>	<b>RSQ</b>
COMPASSIÓ	.03137	.99628
ACTITUD VOCACIONADA	.02920	.99708
RESPONSABILITAT	.03166	.99617
ACTITUD CAP A LA COMUNICACIÓ	.03497	.99524
ACTITUD CAP A L'EMPODERAMENT EN SALUT	.04439	.99194
ACTITUD CAP A LA COMPETÈNCIA TÈCNICA	.02234	.99791
ACTITUD CAP A L'AUTOESTIMA PROFESSIONAL	.02047	.99845

En aquesta investigació els valors RSQ obtinguts, Taula 38, oscil·len entre un valor mínim de (.99194) en l'Actitud cap a l'Empoderament en Salut i un màxim de (.99845) en l'Actitud cap a l'Autoestima Professional. Pel que fa a l'Estrès, els valors oscil·len entre (.02047) en l'Actitud cap a l'Autoestima Professional i (.04439) en l'Actitud cap a l'Empoderament en Salut.

Segons Shepard en Sánchez Carrión (1985), el nombre de dimensions treballades en l'anàlisi multidimensional condiciona els valors d'Estrès, de manera que a un major nombre de dimensions hi haurà un millor ajust obtenint-se per tant un valor menor d'Estrès. En el nostre cas les dimensions treballades, coincideixen amb el nombre de dimensions que segons Sánchez Carrión (p. 204) seria apropiat.

Els resultats obtinguts pel que fa a l'Estrès es situen entre el valor 0.02 i 0.05, i els valors RSQ, en totes les actituds es troben situats molt pròxims al valor 1. Això ens permet afirmar que l'ajust i la bondat del model és adequada.

Pel que fa a la representació gràfica, Sánchez Carrión (1985, p. 203) assenjala l'efecte negatiu d'un nombre elevat de dimensions, sobre la

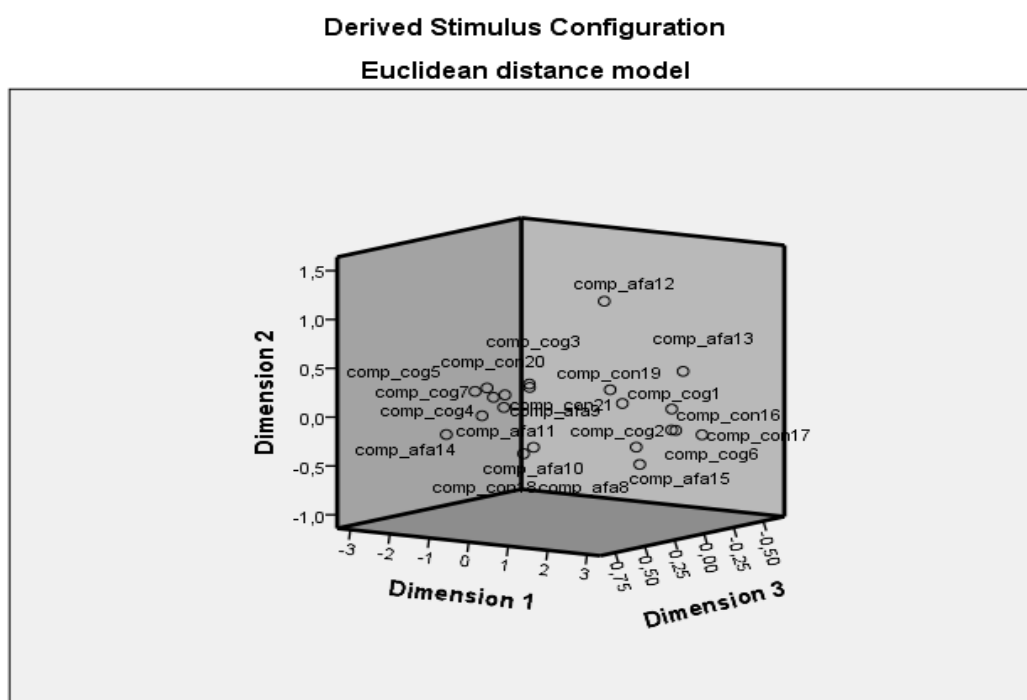
representació gràfica de l'estructura subjacent a un conjunt de dades. Una estructura amb tres o més dimensions resulta difícil, sinó impossible, interpretar-la. En aquest cas es trobem amb una estructura de tres dimensions acotada per tres eixos.

Per a la representació gràfica de la distància euclidiana dels ítems de cada actitud, s'ha utilitzat el comando *ALSCAL* del programa *SPPSS*, que mostra els resultats en un núvol de punts, que es corresponen amb cadascun del ítems. El lloc que ocupa cadascun d'aquests ítems està localitzat mitjançant tres coordenades.

S'ha considerat que la projecció sobre un espai bidimensional, com és aquest full, d'eixa estructura tridimensional, Figura 6, influeix negativament en la realitat de la seua percepció ja que alguns punts desapareixen en quedar ocults darrere d'uns altres.

## Figura 6

*Model de distància euclidiana dels ítems*



Amb la intenció de millorar la percepció dels resultats, s'ha procedit a interpretar i traslladar el núvol de punts a un sistema cartesià. S'ha utilitzat un altre software vectorial (Autocad 2020<sup>27</sup>) sobre el que poder obtenir diferents projeccions en 2D del mateix núvol, la qual cosa ens ajudarà en la seua interpretació. Com que el programa permet l'animació de la imatge, facilitant l'observació del sistema de forma contínua des de qualsevol punt de vista, s'han seleccionat dues projeccions trimètriques per a cada actitud, obtenint-se les figures que s'inclouen a continuació i que permeten una interpretació millor de les distàncies euclidianes entre els ítems.

En total s'han realitzat set(7) models de EMD, un per cada una de les actituds valorades. Cada una de les figures inclou dos vistes, com s'indica en la nota a peu de figura. La selecció d'aquestes vistes respon a l'interès perquè l'observador o observadora pugui visualitzar les posicions del màxim nombre d'ítems així com les distàncies entre ells.

Amb caràcter general, en totes les figures s'aprecien agrupacions d'ítems preferentment al voltant d'un eix, i fins i tot, amb coordenades molt pròximes entre uns i altres.

No obstant això també podem observar que alguns ítems apareixen més lluny de la resta, i fins i tot, situats al voltant d'un eixe de sentit contrari al preferent.

Si comparem la visualització d'aquests models de distància euclidiana, amb les observacions els experts i expertes sobre la ubicació dels ítems en les subdimensions trobem coincidències que cal assenyalar.

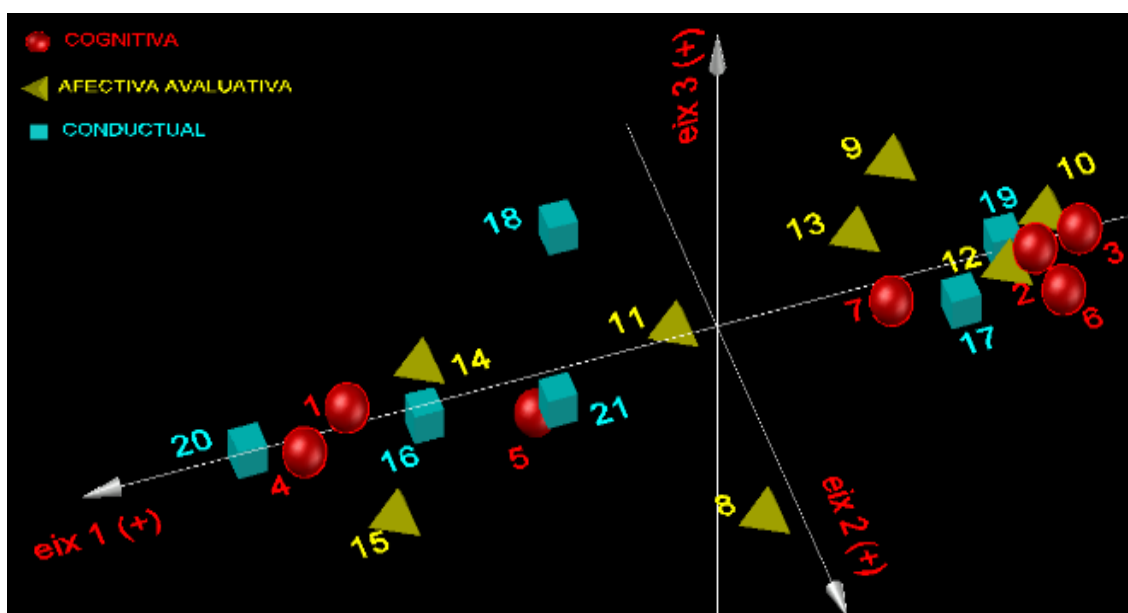
---

<sup>27</sup> Les figures han estat realitzades per Juan Estellés Puchol utilitzant el programa Autocad 2020, amb llicència de la Universitat Politècnica de València.

En primer lloc respecte de l'actitud *Compassió*, Figura 7 vistes 1 i 2, es pot apreciar que els set(7) ítems pertanyents a la subdimensió cognitiva s'agrupen al voltant de l'eix 1 distribuïts en dos blocs. Els experts i expertes han manifestat dubtes sobre la ubicació del ítems tres(3), quatre(4), sis(6), que com es pot apreciar s'han agrupat en dos pols diferents de l'eix: el tres(3) i el sis(6) al pol negatiu; i el quatre al pol positiu. En la subdimensió afectiva-avaluativa els ítems que han estat qüestionats respecte de la seua ubicació són l'onze(11) i catorze(14). En aquest cas destacarem la posició de l'onze en tant que es troba en coordenades prou allunyades de la resta dels ítems d'aquesta subdimensió. A la subdimensió conductual els experts i expertes manifestaren dubtes sobre la ubicació del ítem díhuit(18), que efectivament en la figura apareix completament allunyat de la resta dels ítems d'aquesta subdimensió. Els valors d'*Estrès* i *RSQ* Taula 38, indiquen un bon ajust amb un indicador de bondat bo, en la dimensió *Compassió*.

### Figura 7

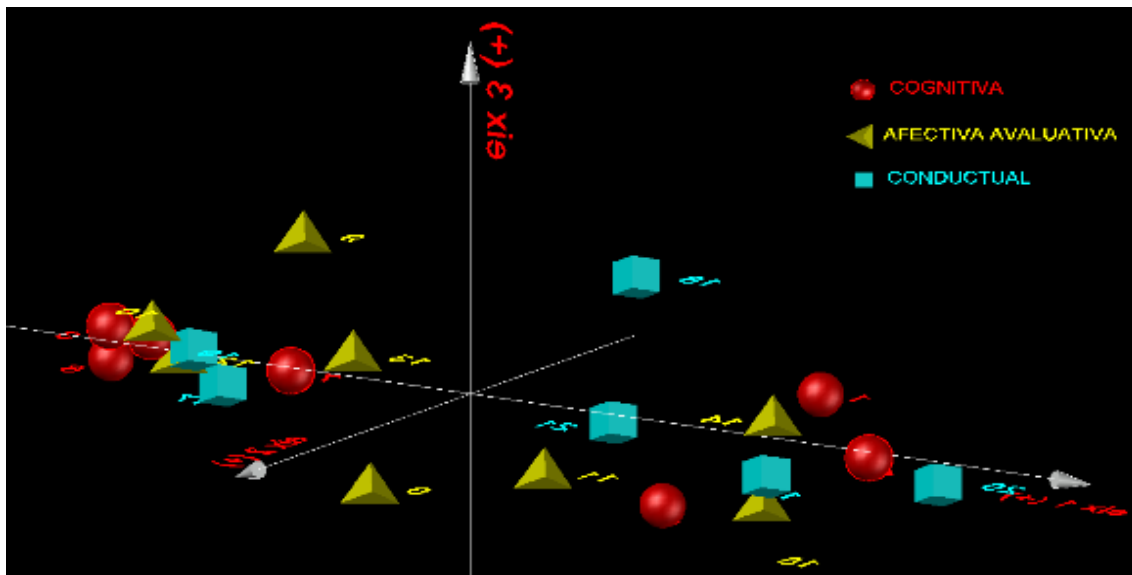
Vista 1 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'actitud *Compassió*



Nota: posició de l'observador o observadora Nord-Oest anterior



Vista 2 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'actitud Compassió



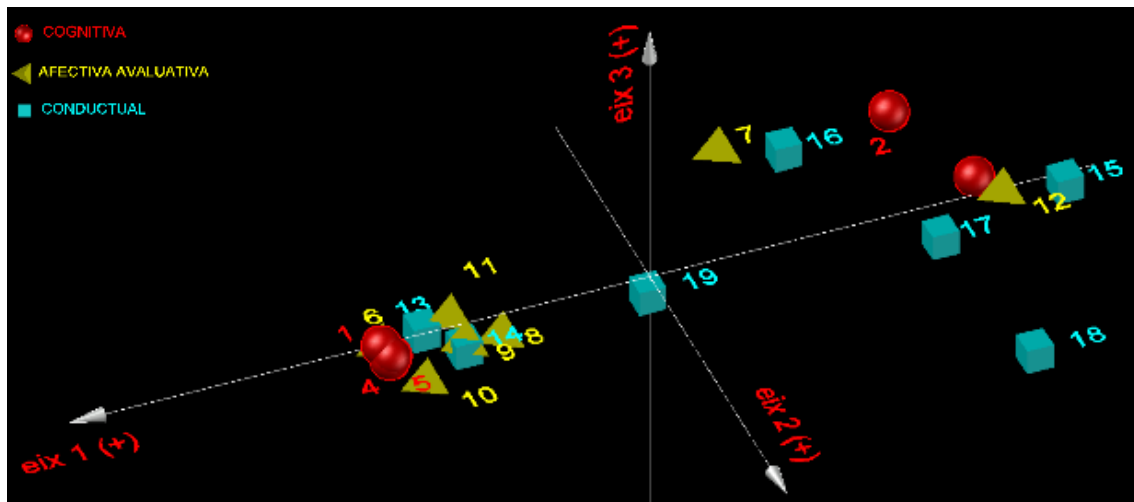
Nota: posició de l'observador o observadora Sud Est posterior

A l'actitud *Vocacionada*, Figura 8 vistes 1 i 2, destaca un grup important d'ítems localitzats al voltant de l'eix 1. En aquest grup trobem ítems assignats a les tres subdimensions. Els experts i expertes han manifestat dubtes sobre la ubicació del ítems tres(3), subdimensió cognitiva; nou(9) i onze(11), subdimensió afectiva-avaluativa; i tretze(13), catorze(14) i quinze(15) subdimensió conductual. Els ítems tres(3) i quinze(15) se situen a l'eix 1 pol negatiu i la resta al mateix eix pol positiu.

Els valors d'*Estrès* i *RSQ* Taula 38, estan en el rang considerat excel·lent i és junt amb els valors obtinguts en les dimensions actitud cap a la Competència tècnica i cap a l'Autoestima professional un del tres millors. Indicant un bon ajust en la dimensió actitud *Vocacionada*.

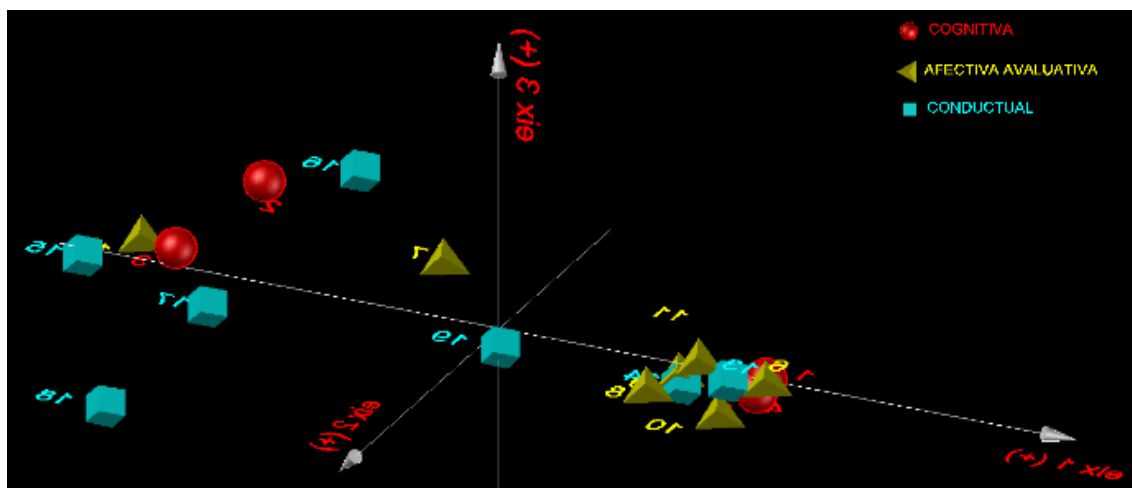
**Figura 8**

*Vista 1 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'Actitud Vocacionada*



*Nota:* posició de l'observador o observadora Nord Oest anterior

*Vista 2 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'Actitud Vocacionada*



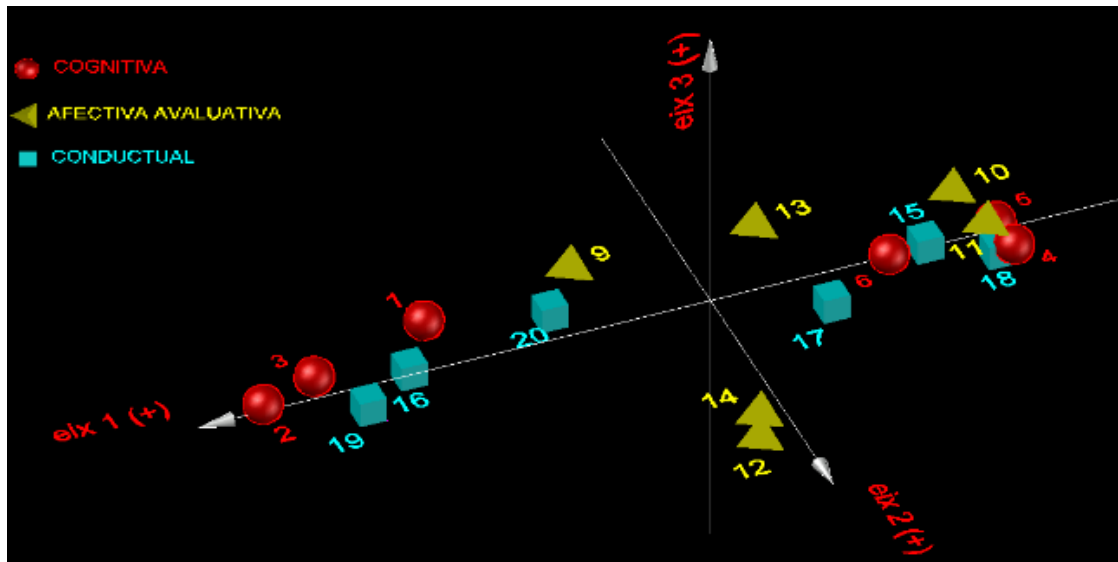
*Nota:* posició de l'observador o observadora Sud Est posterior

A l'actitud *Responsabilitat*, Figura 9 vistes 1 i 2, es pot apreciar que els ítems pertanyents a la subdimensió cognitiva s'agrupen al voltant de l'eix 1 distribuïts en dos blocs. Els experts i expertes han manifestat dubtes sobre la ubicació de l'un(1), tres(3) i sis(6). Com es pot apreciar els ítems un(1) i tres(3) se situen al pol positiu de l'eix, però allunyats entre si. Mentre que el sis(6) se situa al pol negatiu de l'eix però allunyat dels altres dos que formen

part de la dimensió cognitiva. En la subdimensió afectiva-avaluativa sols un ítem ha estat qüestionat respecte de la seua ubicació el catorze(14), que apareix en la figura situat, junt amb l'ítem dotze(12) a l'eix 2. S'observa que els ítems en aquesta subdimensió es troben en coordenades prou allunyades. A la subdimensió conductual els experts i expertes manifestaren dubtes sobre la ubicació dels ítems dèssset(17) i dènou(19) que efectivament en la figura apareixen al voltant de l'eix 1, allunyats l'un de l'altre en pols diferents. Els valors d'Estrès i RSQ Taula 38, es mantenen en valors bons indicant un bon ajust en la dimensió Responsabilitat.

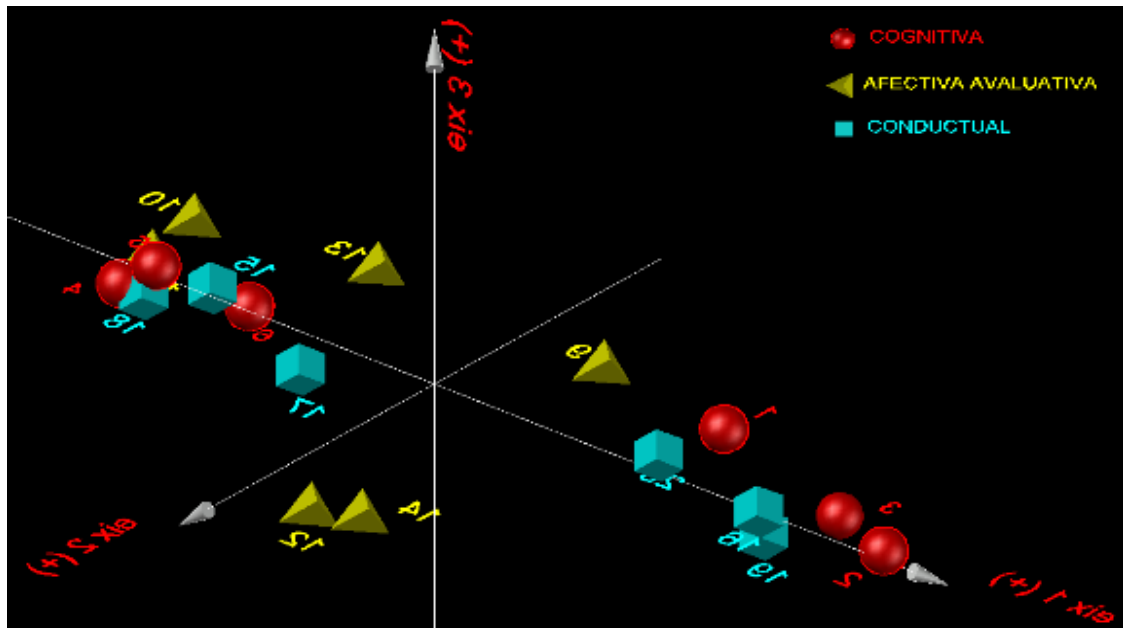
### Figura 9

*Vista 1 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'actitud Responsabilitat*



*Nota: posició de l'observador o observadora Nord Oest anterior*

Vista 2 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'actitud  
Responsabilitat

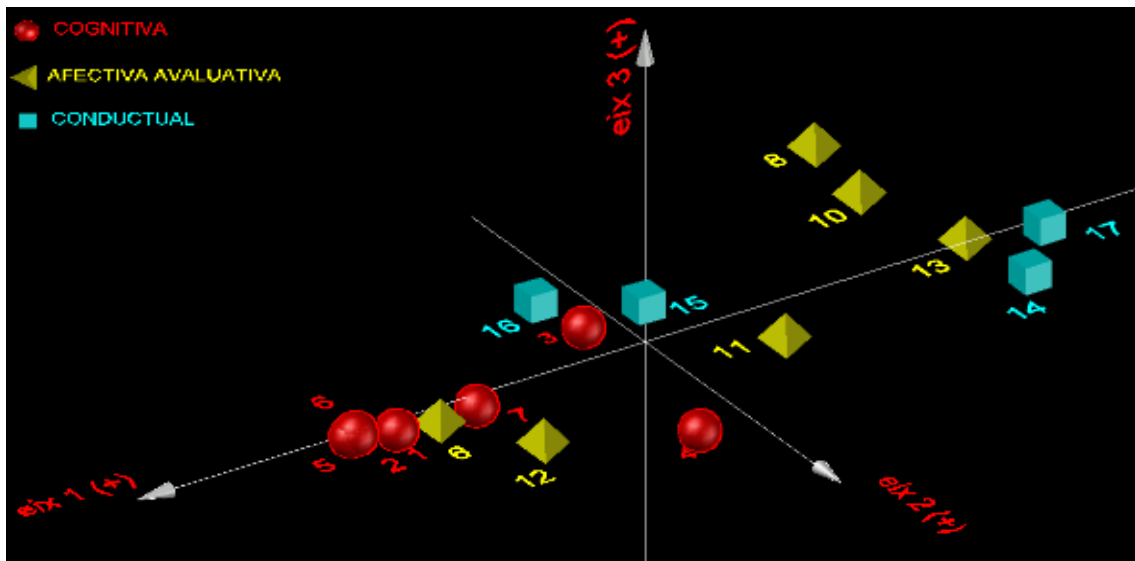


Nota: posició de l'observador o observadora Sud Est posterior

A l'actitud cap a la *Comunicació*, Figura 10 vistes 1 i 2, es pot apreciar que els ítems pertanyents a la subdimensió cognitiva s'agrupen al voltant de l'eix 1, pol positiu. En aquesta dimensió els experts i expertes sols han manifestat dubtes sobre la ubicació de l'ítem dos(2) pertanyent a la subdimensió cognitiva, que apareix agrupat amb la major part dels ítems que pertanyen a eixa subdimensió. Crida l'atenció la distribució del ítems de la subdimensió afectiva-avaluativa i conductual, que a diferència dels ítems de la subdimensió cognitiva, apareixen distribuïts en eixos diferents i pols diferents. Els valors d'*Estrès* i *RSQ* Taula 38, malgrat que no són els millors, mantenen uns valors en el rang considerat adequat, indicant un bon ajust en la dimensió actitud cap a la *Comunicació*.

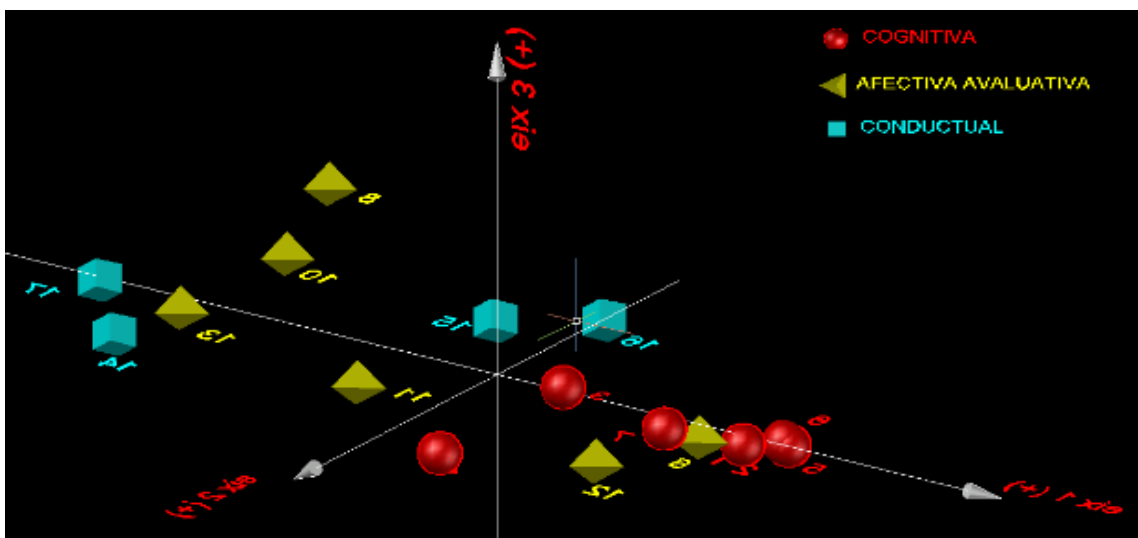
**Figura 10**

*Vista 1 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'Actitud cap a la Comunicació*



*Nota: posició de l'observador o observadora Nord Oest anterior*

*Vista 2 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'Actitud cap a la Comunicació*



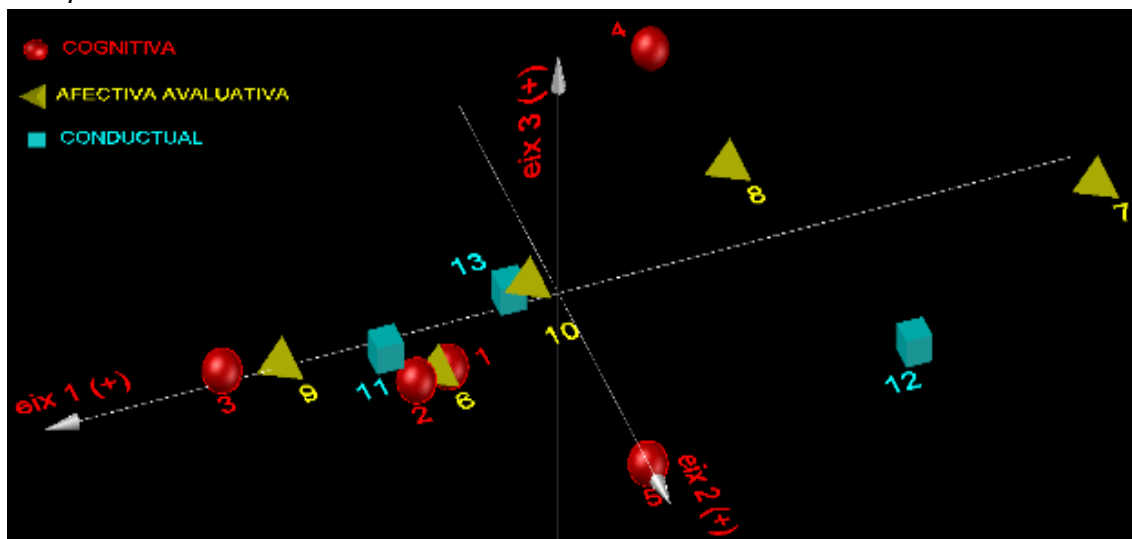
*Nota: posició de l'observador o observadora Sud Est posterior*

A l'actitud cap a l'Empoderament en salut, Figura 11 vistes 1 i 2, es pot apreciar una dispersió important dels ítems, previsible si tenim en compte els valors *RSQ* i *Estrès*, Taula 38, que són els més desfavorables. Els experts i expertes han manifestat dubtes sobre la ubicació dels ítems set(7), nou(9), deu(10), que pertanyen a la subdimensió afectiva-avaluativa. Aquests ítems es troben prou dispersos en la figura distribuït-se en els dos pols de l'eix 1 en coordenades llunyanes entre si.

No obstant això, i com en la resta dimensions, els valors dels estadístics *Estrès* i *RSQ* es mantenen en nivells acceptables.

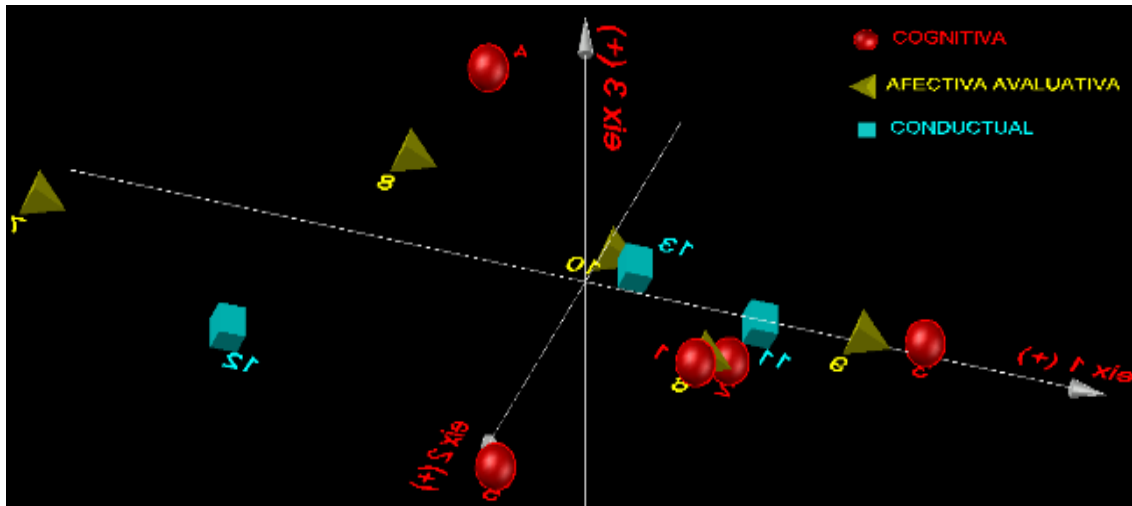
### Figura 11

Vista 1 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'Actitud cap a l'Empoderament en salut



Nota: posició de l'observador o observadora Nord Oest anterior

Vista 2 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'Actitud cap a l'Empoderament en salut

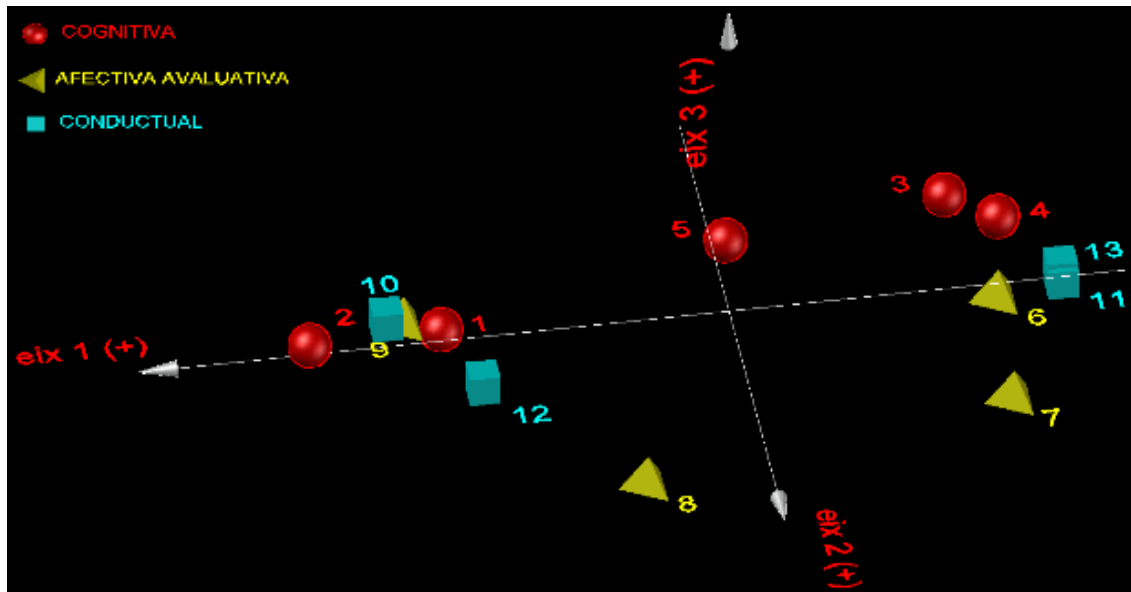


Nota: posició de l'observador o observadora Sud Est posterior

A l'actitud cap a la *Competència tècnica*, els experts i expertes manifestaren dubtes sobre la ubicació de l'ítem sis(6). Aquest ítem pertany a la dimensió afectiva-avaluativa i apareix en la Figura 12 vistes 1 i 2, situat en el pol negatiu de l'eix un. El grup d'ítems que pertanyen a aquesta subdimensió estan localitzats al llarg de l'eix 1 pol positiu i negatiu, i a l'eix 3 pol negatiu. Els ítems pertanyents a la subdimensió cognitiva s'agrupen al voltant de l'eix 1 distribuïts en dos blocs, exceptuant l'ítem 5. Pel que fa a la subdimensió conductual tots els ítems estan agrupats en dos blocs al voltant de l'eix 1. Els valors d'Estrès i RSQ Taula 38, se situen en el rang considerat excel·lent, indicant un bon ajust en la dimensió actitud cap a la Competència tècnica.

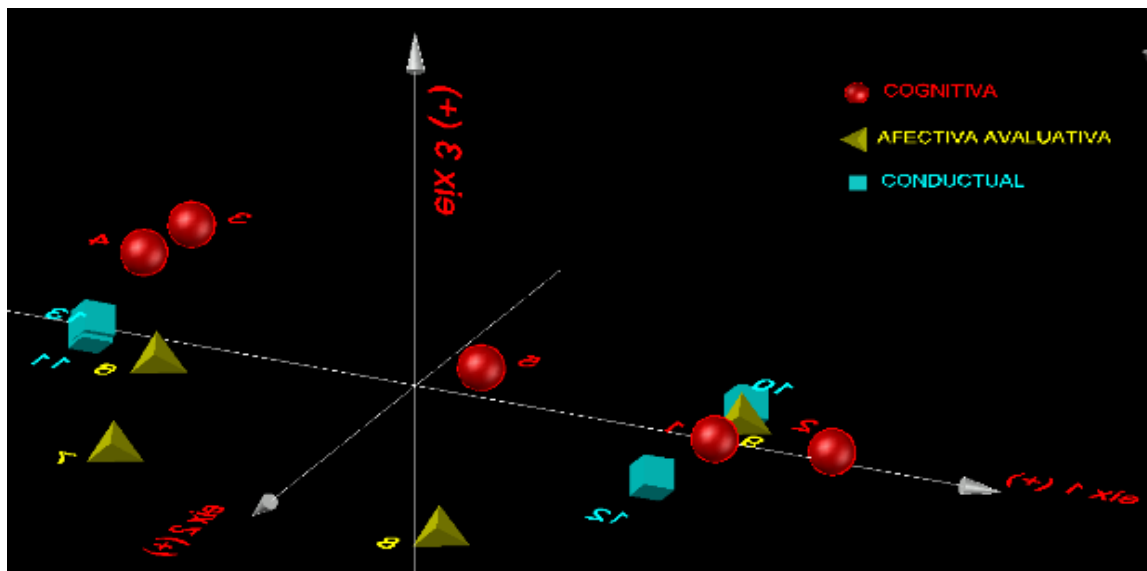
**Figura 12**

*Vista 1 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'Actitud cap a la Competència tècnica*



*Nota: posició de l'observador o observadora Nord Oest anterior*

*Vista 2 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'Actitud cap a la Competència tècnica*



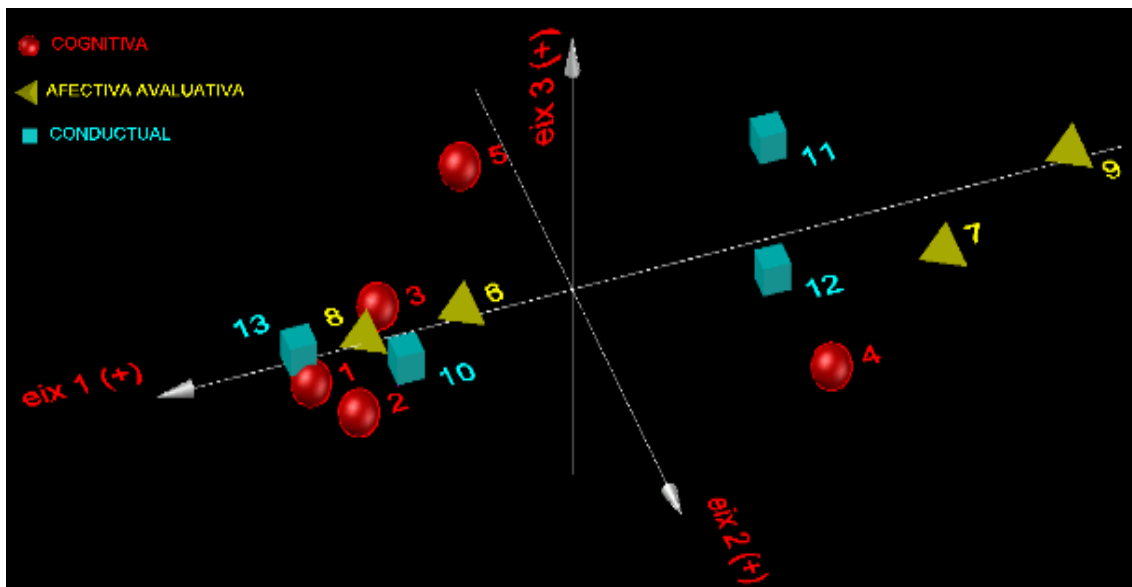
*Nota: posició de l'observador o observadora Sud Est posterior*



A l'actitud cap a l'Autoestima professional, Figura 13 vistes 1 i 2, els experts i expertes manifestaren dubtes sobre la ubicació de l'ítem onze(11), que apareix situat entre els eixos 1 i 2, pols negatius. Malgrat la dispersió que s'observa en alguns ítems de la subdimensió cognitiva i l'afectiva-avaluativa, els valors d'Estrès i RSQ Taula 38, se situen en el rang considerat excel·lent i són, junt amb els valors de la dimensió actitud Vocacionada i actitud cap a la Competència tècnica els millors, indicant un bon ajust en la dimensió actitud cap a l'Autoestima professional.

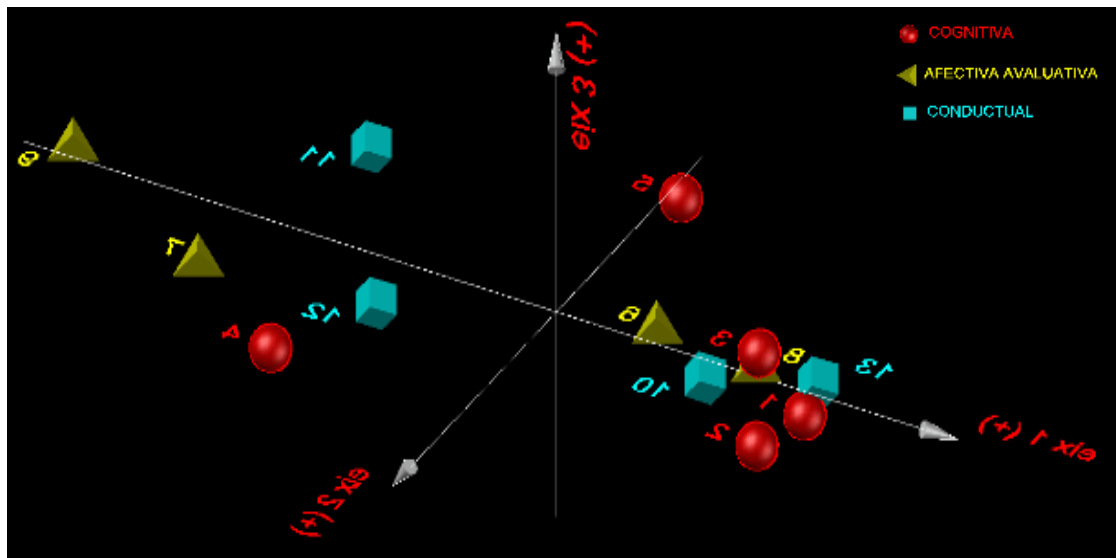
### Figura 13

Vista 1 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'Actitud cap a l'Autoestima professional



Nota: posició de l'observador o observadora Nord Oest anterior

Vista 2 del Model de distància euclidiana dels ítems de l'Actitud cap a l'Autoestima professional



Nota: posició de l'observador o observadora Sud Est posterior

Tot i que els valor d'Estrès i RSQ, obtinguts en les actituds indiquen un ajust i una bondat del model pròxims al rang excel·lent. L'anàlisi dels models de distància euclidiana mostren agrupaments i dispersions que caldria continuar analitzant, tenint en compte com ja s'ha reiterat al llarg d'aquest treball que és necessari, com afirma Bandalos, seguir treballant en el procés de validació

### **6.3.3. Estabilitat temporal**

Com a mètode per fer la validació de l'estabilitat temporal, es va realitzar la prova *test-retest*, aplicant com a estadístic de mesura la prova *t d'Student* per a mostres emparellades, per identificar diferències significatives entre les valoracions obtingudes en el test i en el retest. També s'ha calculat el *coeficient de correlació interclasse ICC*, que permet mesurar la concordança entre dues o més valoracions quantitatives obtingudes per diferents avaluadors.

Com es pot veure en el conjunt de les Taules 39 a 45, sols 13 dels 117 ítems que integren el qüestionari han resultat amb una  $p < 0.05$  i pel que fa al *ICC* el valor obtingut ha estat de 0.837. Segons apunten Simancas-Pallarés, Herazo i Campo-Arias et al. (2016, p. 107) es considera que l'estabilitat estimada amb el *ICC* és *substancial* si el valor resultat se situa entre 0.61 i 0.80; i es considera *adequat* quan el valor obtingut està entre 0.81 i 1.00. Així doncs es pot afirmar que el qüestionari *VANCS* presenta una estabilitat temporal adequada.

A continuació en les Taules 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, es recullen els ítems que han obtingut valors  $p < 0.05$ , indicant així que les diferències en les valoracions de l'alumnat en eixos ítems, són significativament diferents entre el test i el retest.

**Taula 39**

Valors de mitjana; DE(desviació estàndard); *t*; gl (graus de llibertat); significació  $p < 0.05$ , per a les mostres emparellades pertanyents a l'actitud *Compassió*

Dimensió <b>COMPASSIÓ</b>					
ítem	□mitjana	D.E	<i>t</i>	gl	Sig. $p < 0.05$
comp_afa12 - comp_afa12_2	,392	1,295	2,978	96	,004
comp_afa14 - comp_afa14_2	,247	1,080	2,255	96	,026

**Taula 40**

Valors de mitjana; DE(desviació estàndard); *t*; gl (graus de llibertat); significació  $p < 0.05$ , per a les mostres emparellades pertanyents a l'Actitud *Vocacionada*

Dimensió <b>ACTITUD VOCACIONADA</b>					
ítem	□mitjana	D.E	<i>t</i>	gl	Sig. $p < 0.05$
acvo_con19 - acvo_con19_2	-,202	,926	-2,172	98	,032

**Taula 41**

Valors de mitjana; DE(desviació estàndard); *t*; gl (graus de llibertat); significació  $p < 0.05$ , per a les mostres emparellades pertanyents a l'actitud *Responsabilitat*

Dimensió <b>RESPONSABILITAT</b>					
ítem	mitjana	D.E	<i>t</i>	gl	Sig. $p < 0.05$
resp_cog3 - resp_cog3_2	-,152	,645	-2,339	98	,021
resp_con18 - resp_con18_2	-,404	1,253	-3,209	98	,002
resp_con20 - resp_con20_2	-,337	1,209	-2,756	97	,007

**Taula 42**

Valors de mitjana; DE(desviació estàndard); t; gl (graus de llibertat); significació  $p < 0.05$ , per a les mostres emparellades pertanyents a l'Actitud cap a la Comunicació

Dimensió <b>ACTITUD CAP A LA COMUNICACIÓ</b>					
ítem	mitjana	D.E	t	gl	Sig. $p < 0.05$
acco_cog3 - acco_cog3_2	,141	,535	2,631	98	,010

**Taula 43**

Valors de mitjana; DE(desviació estàndard); t; gl (graus de llibertat); significació  $p < 0.05$ , per a les mostres emparellades pertanyents a l'Actitud cap a l'Empoderament en salut

Dimensió <b>ACTITUD CAP A L'EMPODERAMENT EN SALUT</b>					
ítem	mitjana	D.E	t	gl	Sig. $p < 0.05$
acem_cog3 - acem_cog3_2	-,235	,950	-2,445	97	,016

**Taula 44**

Valors de mitjana; DE(desviació estàndard); t; gl (graus de llibertat); significació  $p < 0.05$ , per a les mostres emparellades pertanyents a l'Actitud cap a la Competència tècnica

Dimensió <b>ACTITUD CAP A LA COMPETÈNCIA TÈCNICA</b>					
ítem	mitjana	D.E	t	gl	Sig. $p < 0.05$
comtec_afa9 - comtec_afa9_2	,283	,948	2,968	98	,004
comtec_con12 - comtec_con12_2	,131	,649	2,013	98	,047

**Taula 45**

Valors de mitjana; DE(desviació estàndard); *t*; gl (graus de llibertat); significació  $p < 0.05$ , per a les mostres emparellades pertanyents a l'Actitud cap a l'Autoestima Professional

Dimensió <b>ACTITUD CAP A L'AUTOESTIMA PROFESSIONAL</b>					
ítem	mitjana	D.E	<i>t</i>	gl	Sig. $p < 0.05$
acaut_cog2 - acaut_cog2_2	,253	,973	2,584	98	,011
acaut_afa8 - acaut_afa8_2	-,289	1,070	-2,657	96	,009
acaut_con13 - accaut_con13_2	,214	,750	2,830	97	,006

Malgrat que el nombre d'ítems amb un valor de  $p < 0.05$  és escàs i que, com ja s'ha indicat el valor *coeficient de correlació interclasse* de .837 i assenjala una bona estabilitat del qüestionari, es considera adequat revisar el contingut d'aquests ítems i indagar en la programació de les activitats docents de l'alumnat durant el període en el que ha estat recollida la mostra.

Aquesta decisió es pren tenint en compte que un dels riscos que té la prova *test retest* per a mesurar l'estabilitat d'un qüestionari està relacionat en els canvis que s'han produït en l'interval de temps transcorregut entre la primera i la segona recollida. Eixos canvis poden haver incidit en la valoració que l'alumnat ha fet dels ítems.

Per tractar d'explicar les diferències, entre el test i el retest, dels valors obtinguts en els ítems assenyalats, s'ha indagat sobre la programació de les pràctiques de l'alumnat de tercer i quart, ja que aquest tipus de docència és la que va experimentar un canvi més important coincidint amb el període de recollida de les dades (des de 7 d'octubre fins 10 de maig). En aquest període mentre que la docència teòrica es va mantenir, encara que a distància, l'evolució de la COVID 19 va obligar a suspendre les pràctiques en centres

assistencials per a tot l'alumnat de les titulacions de ciències de salut exceptuant l'alumnat de quart curs que podia continuar. La suspensió de pràctiques per a l'alumnat de tercer curs va quedar recollida en la *Resolució de 3 de novembre de 2020, de la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual s'acorden mesures especials en relació amb les pràctiques en centres sanitaris del Sistema Valencià de Salut i centres sanitaris privats per a estudiants i estudiantes d'universitats públiques i privades de la Comunitat Valenciana, així com per a estudiants i estudiantes de cicles formatius de formació professional de la Comunitat Valenciana, per a previndre i limitar la propagació i contagi per la Covid-19. (aquesta resolució i les següents es poden consultar en: <https://dogv.gva.es/va/disposicio?sig=003001/2021&>).*

L'alumnat de tercer va poder reprendre les pràctiques assistencials a partir del 15 de març de 2021 atenent a la *Resolució de 10 de març de 2021, de la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública, i amb efectes de 15 de març de 2021.*

Finalment 23 de juny 2021 es retira la suspensió mitjançant *Resolució de 23 de juny de 2021, de la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es reprenen les pràctiques, suspeses com a mesura de prevenció per la Covid-19, en centres sanitaris del Sistema Valencià de Salut i centres sanitaris privats, per a estudiants d'universitats públiques i privades de la Comunitat Valenciana, així com per a estudiants de cicles formatius de Formació Professional de la Comunitat Valenciana.*

S'han revisat les dades en les que l'alumnat de tercer va participar en el *test i el retest*. Les respostes al test es varen realitzar en el mesos de setembre, octubre i novembre de 2020, possiblement en aquest període algunes

alumnes ja haurien començat el període de pràctiques que es varen suspendre, com s'ha indicat anteriorment, a partir del 3 de novembre. L'emplenament del retest es va produir entre els mesos de novembre desembre de 2020 i gener de 2021, amb una alumna que va respondre l'1 d'abril del 2021. En aquest període l'alumnat de tercer continuava amb suspensió de pràctiques i mantenia la docència teòrica amb semipresencialitat. Tanmateix cal assenyalar que les respostes recollides en retest procedeixen majoritàriament de l'alumnat de quart (2/3).

Per completar l'anàlisi amb el que es tracta d'esbrinar si els canvis en la docència pràctica poden haver incidit sobre els resultats que s'han assenyalat, es considera convenient revisar conjuntament aquestes circumstàncies amb el contingut dels ítems afectats, i les diferències en les puntuacions de tercer i quart entre test i retest. D'aquesta manera es podrà determinar en quin dels dos grups, tercer o quart, i en quin sentit, augmentant o disminuint, ha variat la mitjana de les puntuacions en eixos ítems.

Pel que fa a la dimensió actitud *Compassió*, els ítems afectats són:

**comp\_afa12:** *allò important per als infermers i infermeres és col·laborar per aconseguir un bon diagnòstic mèdic.* Mitjana test 3.07/ Mitjana retest 2.68. En aquest cas la davallada apuntaria a un resultat millor pel que fa a l'actitud compassió, ja que aquest ítem està assenyalat com a negatiu i per tant quan la mitjana s'apropa més al valor 1, cal interpretar que el nivell en l'actitud és major.

**comp\_afa 14:** *em molesta que, amb el temps, deixi de posar-me en el lloc de les persones a les que atenc.* Mitjana test 3.94/ Mitjana retest 3.69. En aquest cas la davallada apuntaria a un resultat pitjor pel que fa a l'actitud compassió, ja que aquest ítem està assenyalat com a



positiu i per tant quan la mitjana s'allunya del valor 5, cal interpretar que el nivell en l'actitud és pitjor i en este cas la mitjana s'allunya d'eixe valor.

Pel que fa a les diferències dels valors entre tercer i quart, la revisió dels resultats obtinguts en aquests ítems en el test ens permet veure que els valors per a l'ítem **comp\_afa 12** en el test són 3.23 en el cas de l'alumnat de tercer i 3.13 en quart, considerant que aquest diferència entre ambdues puntuacions no té significació estadística. En el cas de l'ítem **comp\_afa14** les mitjanes són iguals amb un valor de 3.85. Aquests resultats no ens permet atribuir els resultats a cap dels cursos en particular.

En la dimensió Actitud Vocacionada l'ítem afectat és:

**acvo\_con19:** *si està acabant la meua jornada de treball i alguna persona demanda la meua atenció no tinc problema en dir-li que la meua companya o company els atindrà en el torn següent.*

Mitjana test 1.86/ Mitjana retest 2.06. En aquest cas l'augment del valor de mitjana apuntaria a un resultat pitjor pel que fa a l'actitud vocacionada, ja que aquest ítem està assenyalat com a negatiu i per tant quan la mitjana s'allunya més del valor 1, interpretarem que el nivell en l'actitud és pitjor.

Pel que fa a les diferències entre tercer i quart, els valors per a l'ítem **acvo\_con19** en el test són 3.23 en el cas de l'alumnat de tercer i 3.13 en quart, considerant que aquest diferència entre ambdues puntuacions no té significació estadística. Per la qual cosa no es pot atribuir els resultats a cap dels cursos en particular.

Pel que fa a la dimensió *Responsabilitat* els ítems afectats són:

**resp\_cog3:** *crec que les infermeres i infermers som responsables de les persones a les que atenem.* Mitjana test 4.59/Mitjana retest 4.74.

En aquest cas l'augment del valor de mitjana apuntaria a un resultat millor pel que fa a la responsabilitat, ja que aquest ítem està assenyalat com a positiu i per tant quan la mitjana s'apropa més al valor 5, cal interpretar que el nivell en l'actitud és millor.

**resp\_con18:** *en les pràctiques he pogut prendre decisions sobre les persones a les que atenc.* Mitjana test 3.08/Mitjana retest 3.48. En

aquest cas, on també es produeix un augment del valor de mitjana, ens indicaria un resultat millor pel que fa a la responsabilitat, ja que aquest ítem també està assenyalat com a positiu i per tant quan la mitjana s'apropa més al valor 5, indica que el nivell en l'actitud és millor.

**resp\_con20:** *les infermeres i els infermers amb els que he treballat sempre em recorden que els metges i metgesses són els responsables de les persones.* Mitjana test 1.78/Mitjana retest 2.11. Igual que en els

ítems anteriors un augment del valor de mitjana, ens indicaria un resultat millor pel que fa a la responsabilitat, ja que es tracta també d'un ítem assenyalat com a positiu i per tant com que la mitjana s'apropa més al valor 5, interpretarem que el nivell en l'actitud és millor.

La revisió dels resultats obtinguts en aquests ítems en el test, diferenciant tercer i quart, permet veure que els valors per a l'ítem **resp\_cog3** en el test són 4.64 en el cas de l'alumnat de tercer i 4.68 entre l'alumnat de quart. En el cas de l'ítem **resp\_con18** la mitjana és de 2.92 entre l'alumnat de tercer

i de 3.38 entre l'alumnat de quart. Pel que fa a l'ítem **resp\_con20** la mitjana és de 1.89 entre l'alumnat de tercer i de 1.71 en el de quart.

Les diferències en el cas dels ítems **resp\_cog3** i **resp\_con20** no tenen significació estadística, mentre que les diferències entre les mitjanes de l'ítem **resp\_con18** presenta una diferència significativa, que s'analitzarà a l'apartat següent (6.4. Presència de les actituds per tenir cura de les persones, en l'alumnat dels cursos tercer i quart del Grau en Infermeria: resultats aproximats).

En la dimensió *Actitud cap a la Comunicació* l'ítem afectat és:

**acco\_acog3**: *crec que és necessari generar un ambient adequat per afavorir la comunicació amb les persones a les que atenem.* Mitjana test 4.82/Mitjana retest 4.68. En aquest cas la davallada de la mitjana apuntaria a un resultat pitjor pel que fa a l'actitud cap a la comunicació, ja que aquest ítem està assenyalat com a positiu i en eixe cas quan la mitjana se situa més lluny del valor 5 cal interpretar que el nivell en l'actitud és pitjor, resultat que es correspon amb al canvi experimentat per la mitjana en el retest.

El valor de les mitjanes per a tercer i quart en aquest ítem ha estat de 4.82 en el cas de l'alumnat de tercer i 4.75 en quart, resultant que la diferència entre elles no és significativa estadísticament.

Pel que fa a la dimensió *Actitud cap a l'Empoderament en salut* l'ítem afectat és:

**acem\_cog3**: *crec que les persones estan capacitats per a fer-se càrrec de la seua cura.* Mitjana test 3.37/Mitjana retest 3.60. En aquest cas

l'augment del valor de mitjana apuntaria a un resultat millor pel que fa a l'actitud cap a l'empoderament en salut, ja que aquest ítem està assenyalat com a positiu i per tant quan la mitjana s'apropa més al valor 5, cal interpretar que el nivell en l'actitud és millor.

En la comparativa entre els valor de les mitjanes d'aquest ítem entre l'alumnat de tercer i quart, es pot observar que en el cas de l'alumnat de tercer la mitjana ha estat de 3.42 i entre l'alumnat de quart de 3.31. La diferència entre ambdues no té significació estadística.

En la dimensió *Actitud cap a la Competència tècnica* els ítems assenyalats són els següents:

**comtec\_afa9:** *em preocupa acabar la meua formació i no tenir la competència tècnica necessària.* Mitjana test 4.26/Mitjana retest 3.98.

En aquest cas la davallada de la mitjana apuntaria a un resultat pitjor en l'actitud cap a la competència tècnica, ja que aquest ítem està assenyalat com a positiu i per tant quan la mitjana s'allunya més del valor 5, cal interpretar que el nivell en l'actitud és pitjor.

**comtec\_con 12:** *abans de realitzar una tècnica m'interessa per conèixer l'estat general de la persona a la que atenc.* Mitjana test 4.52/Mitjana retest 4.38. Com en l'ítem anterior la davallada de la mitjana indica un resultat pitjor en l'actitud cap a la competència tècnica, ja que aquest ítem està assenyalat com a positiu i per tant quan la mitjana s'allunya més al valor 5, cal interpretar que el nivell en l'actitud és pitjor.

El valor de les mitjanes d'aquests ítems entre l'alumnat de tercer i quart, ha estat el següent: per a l'ítem **comtec\_afa 9** la mitjana de tercer ha estat en

4.34, i la de quart en 4.14; per a l'ítem **comtec\_con12** la mitjana és 4.49 entre l'alumnat de tercer i 4.46 en el de quart. La diferència entre els valors no té significació estadística.

En la dimensió *actitud cap a l'Autoestima Professional* apareixen tres ítems amb valors  $p < .05$ , es tracta de:

**acaut\_cog2**: *crec que la societat considera que les infermeres som professionals sanitaris de "segon nivell"*. Mitjana test 4.36/Mitjana retest 4.11. En aquest cas la davallada en la puntuació estaria apuntant a un nivell millor en l'actitud cap a l'autoestima professional, ja que aquest ítem està assenyalat com a negatiu i per tant quan la mitjana s'apropa més a l'1 cal interpretar que el nivell de l'actitud és millor

**acaut\_afa8**: *em molesta veure la falta de consideració que es tenen alguns infermers i infermeres entre si, pel treball que desenvolupen*. Mitjana test 3.84/Mitjana retest 4.12. L'augment en la mitjana estaria apuntant a un nivell millor de l'actitud, ja que aquest ítem està assenyalat com a positiu i per tant quan la mitjana s'apropa més al 5 cal interpretar que el nivell de l'actitud és millor.

**acaut\_con13**: *sempre que es planteja qualsevol dubte durant les pràctiques busque l'ajuda d'un o una infermera*. Mitjana test 4.70/Mitjana retest 4.49. La davallada en la mitjana estaria apuntant a un nivell pitjor de l'actitud, ja que aquest ítem està assenyalat com a positiu i per tant quan la mitjana s'allunya més del 5 s'ha d'interpretar que el nivell de l'actitud és pijor.

Pel que fa a les mitjanes obtingudes en el test es veu que els valors per a l'ítem **acaut\_cog2** són de 4.19 en el cas de l'alumnat de tercer i 4.13 entre

l'alumnat de quart, resultant que la diferència entre ambdues no té significació estadística. En el cas de l'ítem **acaut\_cog8** la mitjana entre l'alumnat de tercer és de 3.79 i entre l'alumnat de quart de 4.05, resultant significativa estadísticament la diferència entre les dues mitjanes. Les mitjanes per a l'ítem **acaut\_con13** són 4.63 en tercer curs i 4.68 en quart, aquesta diferència tampoc presenta significació estadística.

Després de tot aquest anàlisi es considera que, malgrat la presència d'eixos ítems, els resultats apunten a considerar acceptable l'estabilitat del document. No obstant això i tenint en compte que la validació d'un instrument és un procés caldria, com ja s'ha assenyalat anteriorment, encetar noves investigacions aplicant *VANCS* per confirmar o refutar els resultats obtinguts en aquesta estudi preliminar.

#### **6.4. Presència de les actituds per tenir cura de les persones, en l'alumnat dels cursos tercer i quart del Grau en Infermeria de la Universitat de València: resultats aproximats**

Tot i considerant els resultats de les proves de validació del qüestionari o escala *VANCS*, i amb totes les cauteles possibles, s'ha considerat interessant analitzar els resultats obtinguts en la recollida de dades per tal de determinar la presència de les actituds per tenir cura de la salut de les persones entre l'alumnat de tercer i de quart. Tanmateix s'ha aplicat la prova *t d'Student* per a mostres no emparellades, per esbrinar la presència de diferències significatives en la mitjana de les respostes que s'han recollit en cada grup.

A la Taula 46 es mostra la mitjana de les puntuacions obtingudes en el conjunt d'ítems de cada subdimensió per tota la mostra d'alumnat. Els valors recollits a la columna tercera (mitjana d'ítems favorables) es corresponen amb les mitjanes obtingudes en la valoració del ítems considerats positius, i a la

quarta columna (mitjana d'ítems desfavorables) es recullen els valors obtinguts en la valoració dels ítems considerats negatius. La clau de correcció dels ítems assenyalats com a positius indica que quan el valor està més pròxim a 5 hi ha un major nivell d'adquisició de l'actitud. Pel que fa als ítems assenyalats en negatiu, es considerarà un major nivell d'adquisició de l'actitud quan el valor està més a prop de l'1.

#### Taula 46

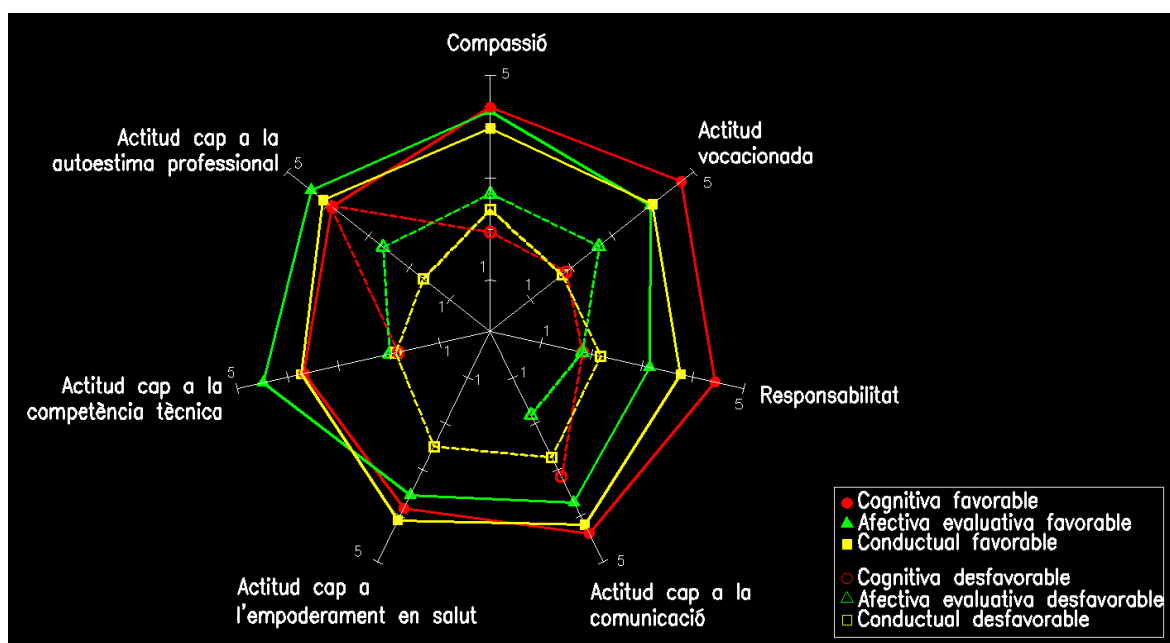
*Mitjana de les puntuacions obtingudes en les sudimensions de cada actitud, amb diferenciació entre els ítems positius i negatius*

<b>actitud</b>	<b>subdimensió</b>	<b>mitjana ítems positius</b>	<b>mitjana ítems negatius</b>
<i>compassió</i>	cognitiva	4.38	1.97
	afectiva avaluativa	3.97	2.38
	conductual	4.31	2.69
<i>actitud vocacionada</i>	cognitiva	4.70	1.87
	afectiva avaluativa	3.99	1.78
	conductual	3.94	2.68
<i>responsabilitat</i>	cognitiva	4.44	1.82
	afectiva avaluativa	3.14	2.18
	conductual	3.76	1.83
<i>actitud cap a la comunicació</i>	cognitiva	4.38	3.15
	afectiva avaluativa	4.19	2.73
	conductual	3.71	1.81
<i>actitud cap a l'empoderament en salut</i>	cognitiva	3.84	no hi ha
	afectiva avaluativa	4.10	2.50
	conductual	3.55	no hi ha
<i>actitud cap a la competència tècnica</i>	cognitiva	3.68	1.82
	afectiva avaluativa	3.74	1.87
	conductual	4.49	1.99
<i>actitud cap a l'autoestima professional</i>	cognitiva	3.90	3.95
	afectiva avaluativa	4.12	1.65
	conductual	4.42	2.64

En el gràfic polar Figura 14 que apareix a continuació, es representen els valors que recull la Taula 46. Els eixos que donen formen al gràfic polar se corresponen amb les actituds estudiades. Al centre, en la intersecció dels eixos, situem la puntuació més baixa (1) i als extrems la més alta (5). Les línies contínues uneixen les mitjanes dels ítems considerats positius, la proximitat d'aquestes línies als extrems (valor 5) indicarà valors millors. Les línies discontinües uneixen els valors dels ítems considerats negatius, en aquest cas la proximitat d'aquestes línies al punt central del gràfic (valor 1) indicarà valors millors.

Cada subdimensió es correspon amb una figura i un color, de manera que amb un cercle compacte (positiu) i un cercle vuit (negatiu) de color roig es representa la subdimensió cognitiva; amb un triangle verd compacte (positiu) i triangle vuit (negatiu) es representa la subdimensió afectiva-avaluativa; i amb un quadrat compacte (positiu) i quadrat vuit (negatiu) es representa la subdimensió conductual.

**Figura 14** Gràfic polar de les mitjanes dels ítems





*Nota* Elaborat per Juan Estellés Puchol, amb utilització del programa Autocad 2020, amb llicència de la Universitat Politècnica de València

Com es pot apreciar al gràfic les mitjanes dels ítems considerats positius mantenen xifres molt semblats en totes les actituds i subdimensions. No obstant això a la Taula 46 es pot apreciar en l'actitud responsabilitat, subdimensió afectiva-avaluativa una mitjana de 3.14 (encerclat en roig). Aquest valor, situat més allunyat del valor 5, està relacionat amb l'ítem **resp\_afa10**: *sent que estic preparat/da per prendre decisions sobre les persones a les que atenc. És freqüent escoltar entre l'alumnat d'Infermeria aquest tipus de manifestacions amb les que mostren una inseguretat per a fer front a les responsabilitat professionals. En la investigació realitzada per Hernández Ortega, González Pascual i Fernández Araque (2020), identifiquen en l'alumnat la falta de competència i la impotència i incertesa com factors estressors, deguts, possiblement, a una manca de les habilitats i coneixements necessàries que encara no han obtingut per falta d'experiència. Amb aquesta direcció apunten també les conclusions del treballs d'altres autors i autores com (Bodys-Cupak, Majda, Skowron, Zalewska-Puchała, & Trzcińska, 2018); (Enríquez Reyna & Chavarría Suceda, 2019) i (Nebot Bergua, Roca Caparà, Icart Isern, & Roldán Merino, 2016).*

A la Taula 46 en la columna de la dreta s'observa, en l'actitud cap a l'autoestima subdimensió cognitiva, una mitjana de 3.95 (encerclat en roig) molt allunyada del valor 1, que es pot relacionar amb els ítems **acaut\_cog2**: *crec que la societat considera a les infermers com sanitaris de "segon nivell"* i **acaut\_cog3**: *crec que és poc freqüent escoltar parlar d'infermeres rellevants. Aquests valors són clarament un reflex de la realitat de la disciplina i professió infermera. Perquè encara que s'avança en la*

transformació ideològica de la professió com asseguren Torres i Sanhueza (2006) encara es mantenen les relacions de subordinació a la professió mèdica, una escassa autonomia tècnica i una falta de definició com a disciplina amb funcions pròpies. Per trencar aquest cercle aquestes autores proposen, entre altres iniciatives, impulsar el desenvolupament i millora de la investigació i la formació en la disciplina infermera; treballar en el camp de la docència afavorint metodologies d'ensenyament-aprenentatge que faciliten el desenvolupament de la personalitat de l'alumnat i la seua capacitat de judici crític; i incloure i fer èmfasis, en el curriculum de pregrau i postgrau, en el que ha estat el desenvolupament i problemàtica professional de manera que afavorim l'enfortiment de la identitat infermera (Torres A & Sanhueza Alvarado, 2006).

En la revisió realitzada per Valizadeh et al. (2016) sobre estudis que avaluen l'autoestima entre l'alumnat d'Infermeria, realitzats entre 1960 i 2014, s'assenyala que en la majoria d'aquests estudis es detecten tres desafiaments principals: s'evidencia una inconsistència en la determinació dels nivells d'autoestima entre l'alumnat, una baixa autoestima professional, i problemes psicosocials relacionats amb les conseqüències d'una baixa autoestima, situant-se aquesta en nivells baixos. Tanmateix els resultats de la investigació desenvolupada per Chust-Hernández i Toledano-Enriquez (2021) mostren que l'autoestima exerceix un important impacte sobre la satisfacció amb la vida dels estudiants i estudiantes, ja que l'autoestima estaria atenuant l'impacte psicològic que provoquen les experiències vitals negatives.

Els valors obtingudes mitjanant el qüestionari o escala *VANCS*, sempre amb la prudència a la que ens obliga el fet de que aquesta investigació és un estudi pilot, hauran de considerar-se rellevants si tenim en compte tot el que hem

dit fins ara i les investigacions en les que es vincula l'autoestima amb l'aparició de *burnout* i depressió (González Cabanach, Fernández-Cervantes, Souto-Gestal, & González Doniz, 2016). Aquests autors conclouen en el seu treball que els estudiants i estudiantes amb baixa autoestima presenten manifestacions més clares de *burnout*, mentre que aquells i aquelles que tenen una valoració millor de si mateix, presenten menys símptomes d'esgotament i despersonalització i majors nivells de realització personal. Pel que fa a la relació de l'autoestima amb la depressió (García, Herrero Olaizola, & Musitu Ochoa, 1995), conclouen la seua investigació afirmant que l'autoestima intel·lectual dels estudiants universitaris es relaciona de forma directa amb la depressió, mentre que l'autoestima social manté un relació indirecta amb la depressió. Es fa palès que cal tenir cura de l'autoestima professional (Pades Jiménez, 2003) i així ho planteja aquesta autora destacant la importància de tenir estratègies per millorar-la.

Tanmateix s'ha considerat d'interès esbrinar l'existència de possibles diferències entre les respostes emeses per l'alumnat de tercer i les de quart. Al aplicar la prova *t d'Student* per a mostres no emparellades, sols es troba significació estadística entre tercer i quart en els ítems que figuren a la Taula 47.

**Taula 47**

*Ítems que presenten diferències significatives en les puntuacions emeses per l'alumnat de tercer i de quart. Mitjanes, t d'Student, desviació i valor p, dels ítems*

ítem	curs	mitjana	Desviació estàndard	t	df	Sig p<0.05
<b>comp_afa9:</b> posar-me en el lloc de l'altre em resulta molt gratificant	tercer	4,50	0,632	2,148	305	,032
	quart	4,34	0,721			
<b>resp_cog8:</b> crec que les infermeres i els infermers, en general, estan més preocupats per possibles denúncies que pel benestar de les persones a les que atenen	tercer	2,15	1,097	2,668	304	,008
	quart	1,85	0,877			
<b>resp_afa10:</b> sent que estic preparat/da per prendre decisions sobre les persones a les que atenc	tercer	2,94	1,049	-3,009	304	,003
	quart	3,30	1,004			
<b>resp_con18:</b> en les pràctiques he pogut prendre decisions sobre les persones a les que atenc	tercer	2,93	1,348	-2,757	305	,006
	quart	3,33	1,205			
<b>acco_cog6:</b> les infermeres i infermers estan obligats al secret professional	tercer	4,89	0.336	2,190	305	,029
	quart	4,77	0.566			
<b>acem_con13:</b> aprofite qualsevol moment amb les persones a les que atenc per ajudar-los a millorar els seus coneixements sobre com tenir cura de la seua salut	tercer	4,31	0.800	2,026	305	,044
	quart	4,11	0.866			
<b>accaut_con10:</b> quan pregunten qui vol atendre a alguna persona o fer qualsevol tècnica sempre m'ofereix	tercer	4,01	0.955	-3,479	305	,001
	quart	4,35	0.749			

En primer lloc es centrarem en l'anàlisi dels valors de l'ítem **resp\_afa10**. Aquest ítem que mesura l'actitud responsabilitat i que forma part de la subdimensió afectiva-avaluativa, ha presentat, Taula 46, la mitjana més baixa dels ítems positius amb un valor de 3.14 sobre 5. Si comparem aquests dos resultats es considera raonable afirmar que si ve el valor global de la mitjana, Taula 46, pot estar indicant una manca de seguretat entre l'alumnat sobre la seua capacitat per prendre decisions, és obvi, pels resultats que apareixen a la Taula 47, que la mitjana de les respostes de l'alumnat de quart és significativament superior a les de l'alumnat de tercer i això podria estar

assenyalant una evolució positiva significativa de l'alumnat en el transcurs de la seua formació, respecte a l'actitud responsabilitat.

Pel que fa a la resta d'ítems que han obtingut valors de significació, s'observa que en tres d'ells (comp\_afa9, acco\_cog6, acem\_con13), el valor de la mitjana és més alt, i per tant millor, entre l'alumnat de tercer curs. Entre els altres tres, dos d'ells (resp\_con18, accaut\_con10), presenten un valor de la mitjana més alt entre l'alumnat de quart i per tant millor. En el cas de l'ítem resp\_cog8 el valor de la mitjana de quart és més baix, però com que la seua clau de correcció és negativa i amb aquesta davallada s'apropa més al valor 1, el resultat s'ha de considerar també millor.

S'obrin interrogants als que no podem donar resposta en aquesta investigació però que es consideren importants per a ser tractats. Aquests resultats estan indicant què a mesura que avança la formació de un infermer o una infermera

- aquesta va deixant de costat la compassió o el seu compromís per empoderar a les persones a les que atén (**comp\_afa9**)  
**(acem\_con13)**
- va canviant el seu coneixement sobre l'exercici professional apropant-se més a la realitat o allunyant-se (**resp\_cog8**)
- va canviant el seu compromís ètic amb les persones a les que atén  
**acco\_cog6**

Caldria encetar línies d'investigació que permeteren donar resposta a aquests interrogants, identificar possibles causes i formular propostes de millora, per tal de garantir que les actituds necessàries per tenir cura de la salut de les persones es consoliden mitjançant el procés d'ensenyament aprenentatge.

## **CAPITOL 7. Conclusions**

Tal i com va quedar recollit a la introducció, en aquest capítol es desenvolupen les conclusions, incloent una descripció de les limitacions de l'estudi i les aportacions per a possibles línies d'investigació.

### **7.1. Conclusions**

Si el punt de partida van ser els objectius, és necessari veure si el treball desenvolupat ens ha conduït a la consecució d'aquest objectius i si això ens permet la confirmació o rebuig de les hipòtesis plantejades.

Pel que fa al primer objectiu específic referit a *la definició i anàlisi dels constructes* que fonamenten teòricament aquest treball, es considera que el que cal destacar en aquestes conclusions, i que ha estat evidenciat, és la complexitat dels constructes *tenir cura* i *actitud* i el paper rellevant que tenen aquests constructes en la disciplina i professió infermera.

Concretament el concepte tenir cura representa *el be intrínsec* de la professió (Arroyo Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, & Zugasti Cabrillo, 1997) (2011), i l'element ontològic de la disciplina infermera.

El constructe actitud ha estat considerat, finalment, des de la perspectiva de la *Teoría de Acción Razonada* (Fishbein & Ajzen, 1980). Les actituds per a la cura de la salut de les persones: *Compassió, Actitud Vocacionada; Responsabilitat; Actitud cap a la Comunicació; Actitud cap a l'Empoderament en salut, Actitud cap a la Competència Tècnica i Actitud cap a l'Autoestima professional*, es revelen com un element fonamental per tal que l'exercici professional s'apropi a l'excel·lència (Arroyo Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, & Zugasti Cabrillo, 1997) (Bellver Capella, 2014) (Domingo Moratalla, 2013). L'anàlisi de les actituds que proposa Adela Cortina ens ha permès

aplegar a la conclusió de que són necessàries per a la cura de la salut de les persones, sense deixar de banda altres propostes que ens parlen d'altres actituds (Ramió Jofre, 2015) o de virtuts (Camps, 2013).

Tanmateix considerem que ha quedat palès que el context formatiu i socio-professional on es desenvolupa l'activitat infermera, donen suport a la necessitat de formar-se<sup>28</sup> i treballar des d'eixes actituds, tal i com es recull en les normatives legals i deontològiques que han estat revisades.

Respecte del el segon objectiu referit al disseny del *instrument de valoració*, considerem que l'anàlisi dels constructes i l'aprenentatge sobre el procés de construcció d'escales o qüestionaris tipus *Likert* (Aigner Aburto, 2008) (Association, Association, & Education, 2018) (Morales Vallejo, Urosa Sanz, & Blanco Blanco, 2003), ens ha permès la construcció del qüestionari VANCS.

Pel que fa a la *demonstració sobre la validesa i fiabilitat del instrument*, objectiu tercer, volem plantejar les conclusions sense deixar de banda l'afirmació de Bandalos (2018). Aquesta autora ens recorda que obtenir validesa és un procés que ens ha de permetre prendre la decisió dicotòmica de vàlid/no vàlid, però assegura que no existeix cap estudi definitiu que pugui precisar el significat d'un constructe que no és directament observable com ho és l'actitud. Per tant l'estudi de validació que es recull en aquesta tesis, cal considerar-lo com un programa d'investigació obert, amb la finalitat d'obtenir el major nombre d'evidències possibles per poder recolzar l'ús

---

<sup>28</sup> [https://www.uv.es/uvweb/universitat/ca/estudis-grau/oferta-graus/oferta-graus/grau-infermeria-1285846094474/Titulacio.html?id=1285847387010&plantilla=UV/Page/TPGDetail&p2=3-1,](https://www.uv.es/uvweb/universitat/ca/estudis-grau/oferta-graus/oferta-graus/grau-infermeria-1285846094474/Titulacio.html?id=1285847387010&plantilla=UV/Page/TPGDetail&p2=3-1)

previst i les inferències dels resultats que es vol obtenir amb la utilització d'aquest instrument.

Atenent a les directrius per a la validació d'escala i qüestionaris (Association, Association, & Education, 2018) (Polit & Hungler, 2000), amb el suport d'altres treballs d'investigació sobre validació, que han estat referenciats a l'apartat de metodologia, es va encetar el procés de validació al que es refereix Bandalos.

Pel que fa a la *validesa de contingut*, la metodologia utilitzada ha estat el *judici d'experts* (Bernal García, Salamanca Jiménez, & Pérez Gutiérrez, 2020). Els resultats obtinguts sobre les característiques de: validesa, ubicació, univocitat i intel·ligibilitat del qüestionari, ens han permès aplicar millores importants en la redacció dels ítems, com per exemple el desdoblament dels ítems que contenien dues variables; la supressió en els ítems de expressions *maximalistes* o amb una càrrega important de *desitjabilitat social* i la modificació d'alguns dels ítems que estaven formulats en negatiu. Pel que fa a la validació de contingut s'ha aplicat l'*Índex de Validació de Contingut* (Polit & Hungler, 2000) sobre les valoracions emeses pels experts i expertes. Les puntuacions en tres dels experts/expertes, indiquen una validesa de contingut amb un *IVC* >0.80. El valor dels *IVC* dels altres experts se situen en 0.74 i 0.47, tots dos <0.80. L'*IVC* global ha estat de 0.81. Tanmateix pel que fa als comentaris dels experts i expertes, es considera que no indicaven problemes greus i per tant es conclou que el qüestionari presenta una validesa de contingut acceptable.

Respecte de la *fiabilitat* ha estat aplicat l'estadístic *alfa de Cronbach*. Aquest estadístic és el més utilitzat per avaluar la consistència interna (Frias-



Navarro, 2021). Si tenim en compte que eixa fiabilitat no serà del test sinó de les puntuacions obtingudes amb eixe test sobre una mostra concreta (Frias-Navarro, 2021), formularem la conclusió de la següent manera: *els resultats de l'avaluació de la fiabilitat ( $\alpha=.789$ ) (95%IC.753,.822), sobre els ítems del qüestionari elaborat, ens permeten afirmar que la fiabilitat de les puntuacions del qüestionari, en la mostra de 309 estudiants i estudiantes, és bona.*

Pel que fa a la *validesa de constructe* s'ha utilitzat l'*Escalament Multidimensional* (Arce, de Francisco, & Arce, 2010). Tant els resultats obtinguts per a l'indicador *Estrès*, que se situen entre el valor 0.01 i 0.05, com els obtinguts en la valoració de *RSQ*, que es troben situats molt pròxims al valor 1, indicant que el model analitzat és bo i que els ítems estan ben ajustats en la subdimensió a la que pertanyen. Aquesta conclusió es considera que és coincident amb les valoracions dels experts i expertes.

Finalment s'ha estudiat l'*estabilitat temporal* de l'instrument mitjançant la prova *test-retest* i aplicant com a estadístic de mesura la prova *t d'Student* per a mostres emparellades i el coeficient de correlació interclasse *ICC*. Els resultats han identificat 13 ítems amb una  $p < 0.05$ . Com que en els 104 ítems restants  $p > 0.05$  i *ICC* ha estat de 0.837, podem concloure que el qüestionari presenta una estabilitat temporal adequada.

Podem concloure que l'objectiu general ha estat aconseguit. El primer pas del programa d'investigació que encetem amb aquest treball, per al disseny i validació del qüestionari, ens ha permès obtenir uns resultats que ens fan ser relativament optimistes pel que fa a la validesa de contingut i constructe, la fiabilitat i l'estabilitat temporal del qüestionari. Per tant s'obri la possibilitat

de continuar amb eixe programa d'investigació que ens suggeria Bandalos, i posar en marxa nous projectes que consoliden la validesa del qüestionari per mesurar les actituds necessàries per tenir cura de la salut de les persones: *Qüestionari VANCS*.

No hem volgut deixar passar l'oportunitat, tenint en compte les cauteles necessàries, d'apropar-nos a valorar el nivell de les actituds entre l'alumnat participant i tractar d'esbrinar possibles diferències entre les valoracions de l'alumnat de tercer i de quart. En el global de la mostra es detecten valors que podrien indicar un nivell baix en les actituds de responsabilitat i autoestima professional. Al aplicar l'estadístic *t d'Student* per a mostres no emparellades, es detecten diferències significatives en set (7) ítems, relacionats amb les actituds de compassió; responsabilitat; actitud cap a la comunicació; actitud cap l'empoderament en salut i actitud cap a l'autoestima professional.

Podem concloure que:

1. el qüestionari de *Valoració de les Actituds Necessàries per tenir Cura de la Salut de les persones (VANCS)* sembla que permet determinar el nivell d'adquisició d'aquestes actituds per part de l'alumnat del Grau en Infermeria, confirmant la primera hipòtesis.
2. el qüestionari de *Valoració de les Actituds Necessàries per tenir Cura de la Salut de les persones (VANCS)* sembla que permet identificar canvis en l'adquisició d'aquestes actituds per part de l'alumnat del Grau en Infermeria, confirmant la segona hipòtesis.

## 7.2. Limitacions de l'estudi

Una de les limitacions d'aquest estudi, com en molts altres estudis, prové de la mostra. En el nostre cas, i per les circumstàncies que ja han estat assenyalades, la mostra és molt ajustada i tractant-se d'un qüestionari amb tants ítems seria desitjable una mostra més gran i amb participació d'un major nombre d'alumnat de tots els centres de la Comunitat Valenciana.

En segon lloc considerem que el temps transcorregut entre el test i el retest, no ha estat adequat en tots els casos per les dificultats d'accés a l'alumnat. Les comunicacions mitjançant el correu electrònic per a poder obtenir el retest ha suposat la pèrdua de mostra.

En tercer lloc es necessari assenyalar que encara que es van revisar els enunciats dels ítems, procurant rebaixar la càrrega de *desitjabilitat social* d'alguns d'ells, és possible que no s'haja aconseguit completament, per la qual cosa es considera que pot ser una de les limitacions d'aquest estudi, en la mesura que pot haver-hi condicionat les respostes.

## 7.3. Línies de treball

Cal insistir en la idea que venim reiterant sobre la consideració de la validació d'aquest instrument. Es tracta d'una iniciativa que ha de quedar inclosa en un procés o programa d'investigació dirigit a aconseguir evidències de validació del qüestionari *VANCS*. La utilització del qual ens ha de permetre obtenir dades i avaluar les actituds, tant per al diagnòstic d'aquestes com per al disseny i aplicació de programes formatius d'ensenyament i modificació d'actituds. Aquesta idea està en la base de les següents propostes:

- Aplicació del qüestionari *VANCS* en una mostra més gran, aplicant un mostreig que millore la qualitat de la mostra i abastant una

representació de tots el centres de formació infermera en la Comunitat Valenciana

- Mesurar el canvi i evolució en el nivell d'actituds de l'alumnat d'infermeria des del seu ingrés en la titulació fins a la conclusió dels estudis
- Determinar en quina mesura les metodologies d'ensenyament aprenentatge determinen el nivell de les actituds del alumnat
- Incloure de manera explícita en els programes formatius dels infermers i les infermeres, l'ensenyament, modificació i avaluació de les actituds
- Adaptar i validar el qüestionari VANCS per a la seua aplicació entre el col·lectiu professional, per determinar l'efecte de l'experiència professional sobre l'evolució de les actituds.

un pingüí

em confirma que

navegue en direcció correcta.

m'explica que

qualsevol direcció que prenga

al pol antàrtic

du cap al nord.

Vicent Erades Cantó

Xàbia-Pedreguer, 2008-2016

## Referències

- Aignerren Aburto, J. M. (2008). *Técnicas de medición por medio de escalas. La Sociología en sus Escenarios*. (U. d. Humanas, Editor, & Centro de Estudios de Opinión) Consultat el 22 / maig / 2019, a <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6552/6002>: <http://hdl.handle.net/10495/2724>
- Aiken, L. R. (2003). *Tests Psicológicos y Evaluación*. México: Pearson Educación.
- Alberdi Castell, R. (2 / Diciembre / 2016). La conciencia del fuego. La enseñanza universitaria del cuidado. (p. 43). Murcia: Servicio de Publicaciones. Universidad de Murcia.
- Alberdi Castell, R., & Cuxart Ainaud, N. (2005). Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia*. Consultat el 11 / octubre / 2021, a <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>
- Allport, G. (1986). *La Personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder .
- Alsaqri, S. H. (2017). Stressors and Coping Strategies of de Saudi Nursing Students in the Clinical Training: A Cross-Sectorial Study. *Education Research International*(72), 1-8.
- American Educational Research Association; American Psychological Association; National Council on Measurement in Education. (2018). *Estándares para pruebas Educativas y Psicológicas*. Washinton D.C.: American Educational Research Association.
- Arango, M. C., & Gómez, A. M. (2019). The Dialogic Bond that Relieves: Encounter to Transcend Therapeutic Adherence. *Aquichan*, 19(2). doi:10.5294/aqui.2019.19.2.5
- Arce, C., de Francisco, C., & Arce, I. (2010). Escalamiento Multidimensional: Concepto y Aplicaciones. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 46-56. Consultat el 24 / Setembre / 2021, a <http://www.cop.es/papeles>

- Arroyo Gordo, M. d., Cortina Orts, A., Torralba Madrid, M. J., & Zugasti Cabrillo, J. (1997). *Ética y Legislación en Enfermería. Análisis sobre la responsabilidad profesional*. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana de España.
- Arroyo Gordo, M. P., Cortina Orts, A., Torralba Madrid, M. J., & Zugasti Cabrillo, J. (1997). *Ética y Legislación en Enfermería. Análisis sobre la responsabilidad profesional*. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana de España.
- Association, A. E., Association, A. P., & Education, N. C. (2018). *Estándares para pruebas Educativas y Psicológicas*. Washinton D.C.: American Educational Research Association.
- Bandalos, D. L. (2018). *Measurement Theory and Aplications for the Social Sciencies*. (P. Todd D. Little, Ed.) New York: The Guilford Press.
- Bandalos, D. L. (2018). *Measurement Theory and Applications for the Social Sciences*. The Guilford Press. Recollit de [www.guilford.com/p/bandalos](http://www.guilford.com/p/bandalos)
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1999). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.
- Bellosta Batalla, M., Cebolla, A., Pérez Blanco, J., & Moya Albiol, L. (2019). La empatia en el ejercicio y formación de los psicólogos clínicos sanitaristas y su relación con mindfulness y compasión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVIII(2), 210-220. doi:10.24205/03276716.2019.1095
- Bellver Capella, V. (2014). *Bioética y cuidados de enfermería* (Vol. I). Alicante, Comunidad Valenciana, España: Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana.
- Bellver Capella, V. (2014). *Bioética y cuidados de enfermería* (Vol. I). Alicante, Comunidad Valenciana, España: Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana.
- Bergel Gabaldón, F. (2013). Sobre el concepto de responsabilidad. *Educare*, 11(10).

- Bergmark, U. (2018). Rethinking research-teacher roles and relationships in educational action research through the use of Nel Noddings ethics of care. *Educational Action Reserach*, 28(3), 331-344. doi:10.1080/09650792.2019.1567367
- Bernal García, M. I., Salamanca Jiménez, D. R., & Pérez Gutiérrez, N. (2020). Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir percepciones físico-emocionales en la práctica de disección anatómica. *Educación Médica*, 349-356. doi:https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.08.008
- Blanco, N., & Alvarado, M. E. (2005). Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XI(3), 537-544. Consultat el 25 / Enero / 2021
- Blázquez Ornat, I. (2016). La socialización de los practicantes a través de los manuales del Dr. Felipe Sáenz de Cenzano. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 68(1), 132-144. doi:http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.11
- Bodys-Cupak, I., Majda, A., Skowron, J., Zalewska-Puchała, J., & Trzcińska, A. (2018). First Year Nursing Students Coping Strategies in Stressful Clinical Practice Situations. *Journal of Education in Scienci Environment and Health (JESEH)*, 4(1), 12-18. Consultat el 28 / Setembre / 2021, a <https://dergipark.org.tr/en/pub/jeseh/issue/34933/387474>
- Boff, L. (2002). *El Cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra*. Madrid: Trotta.
- Bonilla Aguilar, I., Gallardo Blavi, M., & Ferrero Febrer, I. (2018). Importancia de las habilidades comunicativas de las supervisoras de Enfermería. *Metas de Enfermería*, 21(9), 63-69.
- Burguete Ramos, M. D., Martí González, G., López Gómez, J., & Martínez Riera, J. R. (2018). Acceso a los estudios de Enfermería en función del sexo de los estudiantes. *Rol de Enfermería*, 41(7-8), 534-542.
- Busquets Alibés, E. (2008). Ética y estética del cuidar. *ROL de Enfermería*, 31(11), 748-754.

- Camaño Puig, R. (2005). Professionalisation of Nursing in England and Spain: A Comparative Study. *Tesis Doctoral*. Vantaa, Finland: Laurea Publications.
- Camps, V. (2013). Les virtuts del professional sanitari. *Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya*(11).
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. Saint Louis: Elsevier Mosby.
- Chust-Hernández, P., & Toledano-Enríquez, L. (2021). Influencia de la autoestima, la ansiedad-rasgo y la calidad del sueño en la satisfacción con la vida de los estudiantes de Enfermería. *Metas de Enfermería*, 24(7), 26-32.  
doi:<https://doi.org/10.35667/MetasEnf.0000.24.1003081794>
- Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: InterEditions.
- Collins. (1979). *Collins Diccionario Inglés*. (HarperCollins, Editor) Consultat el 30 / Abril / 2020, a sitio web de Diccionario Collins: <https://www.collinsdictionary.com/>
- Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana. (2016). *Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunitat Valenciana*. Valencia: CECOVA. Consultat el 17 / Abril / 2020, a <http://portalcecova.es/>: <http://portalcecova.es/files/codigo-deontologico-definitivo.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (1998). *Código Deontológico de Enfermería Española*. Madrid: Consejo General de Enfermería de España. Consultat el 17 / Abril / 2020, a <https://www.consejogeneralenfermeria.org/>: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
- Consejo Internacional de Enfermería. (2021). *Código de Ética del CIE para las Enfermeras*. Ginebra: CIE. Consultat el 17 / Març / 2021, a <https://www.icn.ch>: <https://www.icn.ch/es/publicaciones>



- Conselleria de Sanidad y Consumo. (26 / Diciembre / 1991). *Orden de 20 de noviembre de 1991, por el que se establece el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana*. Valencia: DOG. Recollit de [https://dogv.gva.es/portal/ficha\\_disposicion\\_pc.jsp?sig=3530/1991&L=1](https://dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=3530/1991&L=1)
- Cortina, J. (1993). Wat is coeficient alpha?. An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>
- Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2013). *La ética del cuidado. Carol Gilligan* (Vol. Cuaderno nº 30). Barcelona, Catalunya, España: Fundació Victor Grífols i Lucas.
- Daza de Caballero, R., Torres Pique, A. M., & Prieto de Romano, G. I. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería. *Index de Enfermería*, 14(48-49), 18-22. doi:10.4321/S1132-12962005000100004
- Díaz-Valentín, M. J., Garrido-Abejar, M., Fuentes-Chacón, R. M., Serrano-Parra, M. D., Larrañaga-Rubio, M. E., & Yubero-Jiménez, S. (Març / 2019). Influencia del estilo de escucha sobre la capacidad empática en estudiantes de Enfermería. *Metas de Enfermería*, 22(2), 21-26.
- Dillard-Wright, J., & Shields-Haas, V. (2021). Nursing with the people: reimagining futures for nursing. *Advance Nursing Science*, 44(3), 195-209. doi:10.1097/ANS.0000000000000361
- Domingo Moratalla, A. (2013). *El arte de cuidar. Atender, dialogar y responder*. Madrid: RIALP, S.A.
- Domínguez Alcón, C. (1986). Sociología y cuidados de enfermería y salud. *Revista Rol de Enfermería*(100), 50-58.
- Domínguez Alcón, C., Kohlen, H., & Tronto, J. (2018). *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. Barcelona: SanJuan de Dios. Recollit de <http://www.santjoandedeu.edu.es/edicionessanjuandedios>

- Domínguez Equizábal, M. (2020). La conspiración del silencio: estrategias de comunicación efectiva en los cuidados enfermeros. *Metas de Enfermería*, 23(9), 59-64.
- Dominguez-Lara, S. A., & Merino-Soto, C. (2015). ¿Por qué es importante reportar los intervalos de confianza del coeficiente alfa de Cronbach?. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 13(2), 1326-1328. Recollit de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rlicsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/login>
- Durán de Villalobos, M. M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Revista Aquichan*, 2(2), 7-18.
- Durán de Villalobos, M. M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Revista Aquichan*, 5(1), 86-95.
- Durán Escribano, M. (1999). La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad. Una reflexión desde la ética. *Rol de Enfermería*, 22(4), 303-307.
- Eagly, A., & Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. A D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey, *Handboock of social psycology* (Vol. 1, p. 269-322). Nueva York: McGraw-Hill.
- Eiser, J. R., & Rojo, N. (1989). *Psicología social: actitudes, cognición y conducta social*. Madrid: Pirámide.
- Enríquez Reyna, M. C., & Chavarría Sucedá, K. M. (2019). Estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. Diferencias entre programas educativos. *Index Enferm [online].*, 28(1-2), 79-83.
- Escobar Pérez, J., & Cuervo Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptals models*. Philadelphia: Davis Company.

- Feito Grande, L. (2011). Fundamentos de Bioética, de Diego Gracia. *Bioètica & debat: Tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, 17(64), 8-11. Consultat el 22 / Abril / 2020, a Web Dialnet Unirioja: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6080124.pdf>
- Feitosa Cestari, V., Magalhães Moreira, T. M., Mendes de Paula Pessoa, V. L., Sampaio Florêncio, R., Ferreira da Silva, M. R., & Martins Torres, R. A. (2017). The essence of care in health vulnerability: a Heideggerian construction . *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5). Consultat el Marzo / 2020, a <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0570>
- Fernández Ferrín, C. (1990). La ciencia de la enfermería: teorías, marcos y modelos conceptuales. *Notas de Enfermería*, 1(1), 58-64.
- Fernández, J., Barajas, G., & Barroso, L. (2007). *Profesión, ocupación y trabajo: Eliot Freidson y la conformación del campo*. México: Pomares.
- Ferrer Ferrándiz, E. (2009). Conciliando complejidad y pragmatismo: uso de las taxonomías en el proceso de cuidados. A M. A. Benavent Garcés, E. Ferrer Ferrándiz, & C. Francisco del Rey, *Fundamentos de Enfermería* (Segunda ed., p. 460). Madrid: DAE Difusión Avances Enfermería.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1980). *Understanding attitude and predicting social behaviour*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona, Catalunya, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Francisco del Rey, C. (2009). Los cuidados de la persona como núcleo de la profesión enfermera. A M. A. Benavent Garcés, E. Ferrer Ferrándiz, & C. Francisco el Rey, *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: DAE Paradigma.
- Frias-Navarro, D. (2021). Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. (U. d. València, Ed.) Valencia. Consultat el 1 / octubre / 2021, a <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>

- Galicia Alarcón, L. A., Balderrama Trápaga, J. A., & Edel Navarro, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura: Revista de Innovación Educativa*, 9(2), 42-53. doi:<http://dx.doi.org/10.18381/Ap.v9n2.993>
- García Campayo, J. (2009). Relación y comunicación. A P. Tazón Ansola, J. Gacía Campayo, & L. Aseguinolaza Chopitea, *Relación y Comunicación*. Madrid: DAE Paradigma.
- García Hernández, L., Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A., Hernández Ortega, Y., & Salvador Martínez, C. (2011). Construcción emergente del concepto cuidado profesional de enfermería. *Texto&Contexto Enfermagen*(20), 74-80.
- García Martínez, M. J. (2004). Ficha n.º 17. Instrucción del Practicante ó Resumen de conocimientos útiles para la buena asistencia inmediata de los enfermos; y compendio de las operaciones de cirugía menor, arte del dentista y del callista. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*(9), 77-87.
- García, E., Herrero Olaizola, J., & Musitu Ochoa, G. (1995). Autoestima y depresión relaciones directas versus indirectas. *International Journal of Social Psychology. Revista de Psicología Social*, 10(2), 191-204. doi:10.174/02134749576381974
- Gargallo López, B., Pérez Pérea, C., Serra Carbonell, B., Sánchez i Peris, F., & Ros Ros, I. (febrero / 2007). Actitudes ante el aprendizaje y rendimiento académico de los estudiantes universitarios. (I. C. Organización de Estatos Iberoamericanos para la Educación, Ed.) *Revista Iberoamericana de Educación*(42), 1-11.
- Gargallo López, B., Pérez Pérez, C., Fernández, A., & Jiménez, M. Á. (2007). La evaluación de las actitudes ante el aprendizaje de los estudiantes universitarios. El cuestionario CEVAPU. *Revista Electrónica Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 8(2), 238-258.
- Gargallo López, B., Pérez Pérez, C., Serra Carbonell, B., Sánchez i Peris, F., & Ros Ros, I. (2007). Actitudes ante el aprendizaje y rendimiento

- académico de los estudiantes universitarios. (I. C. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, Ed.) *Revista Iberoamericana de Educación*(42), 1-11.
- Gilligan, C. (2003). *In a different voice: psychological theory and Women's development*. (Trenta y ocho ed.). Massachusetts, United States of America: Harvard University Press .
- Giménez Espert, M. C. (2016). Actitudes hacia la Comunicación, Inteligencia Emocional y Empatía en Enfermería. (U. d. València, Ed.) Valencia. Recollit de <https://roderic.uv.es/handle/10550/54130>
- González Cabanach, R., Fernández-Cervantes, R., Souto-Gestal, A., & González Doniz, L. (2016). La autoestima como variable protectora del "bournout" en estudiantes de fisioterapia. *Estudios sobre Educación*, 30, 95-113. doi:<http://dx.doi.org/10.15581/004.30.95-113>
- González-Aguilar, A., Vázquez-Cataño, F., Almazán-Tlalpan, B., Morales Nieto, A., & García Solano, B. (2018). Proceso de aprehensión de identidad profesional en enfermería. *Revista Cuidarte (Rev Cuid*, 9(3), 1-12.
- González-Pienda, J. A., Núñez Pérez, J. C., González-Pumariegay, S., & García García, M. S. (1997). Autoconcepto, Autoestima y Aprendizaje Escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289.
- Gracia, D. (1989). *Fundamentos de Bioética* (Segunda edición ed.). Madrid: Eudema.
- Guerrero Casas, F. M., & Ramírez Hurtado, J. M. (2002). El análisis de escalamiento multidimensional: Una alternativa y un complemento a otras técnicas multivariantes. *Revista Electrónica de Comunicaciones y Trabajos de ASEPUMA*, 11.
- Guevara, B., Evies, A., Rengifo, J., Salas, B., Manrique, D., & Palacio, C. (2014). El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enfermería Global*(33), 318-327.
- Guirao Goris, J. A. (2001). Investigación en nomenclatura enfermera. A J. A. Guirao Goris, R. E. Camaño Puig, & A. Cuesta Zambrana, *Diagnóstico*

- Enfermero. Categorías, formulación e investigación* (p. 1-24). Sevilla: Ediversitas Multimedia. Consultat el 6 / octubre / 2021, a [http://www.uv.es/joguido/materiales-dominio-profesional/investigacion\\_dde.pdf](http://www.uv.es/joguido/materiales-dominio-profesional/investigacion_dde.pdf)
- Haskard Zolnierek, K., & DiMatteo, M. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med. Care, 47*(8), 826-834. doi:<https://doi.org/10.1097%2FMLR.0b013e31819a5acc>
- Heidegger, M. (1999). *Ontología. Hermenéutica de la Facticidad*. Madrid, España: Alianza Editorial, S.A.
- Heidegger, M. (2005). *Ser y Tiempo* (Cuarta ed.). (J. E. Rivera Cruchaga, Trad.) Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la Enfermería: reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Hernández Ortega, R., González Pascual, J. L., & Fernández Araque, A. M. (2020). Estrés y ansiedad al comienzo de las prácticas clínicas en estudiantes de Enfermería. *Metas de Enfermería, 23*(6), 50-58.
- Institut d'Estudis Catalans. (2007). *Diccionari de la Llengua Catalana* (Segona ed.). Barcelona, España: Edicions 62.
- Instituto Proinapsa-UIS Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *La ruta de la educación y comunicación para la salud. Orientaciones para su aplicación estratégica*.
- Jefatura del Estado. (2003). *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*. Madrid: BOE.
- Jefatura del Estado. (21 / Noviembre / 2003). *Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias*. Madrid, España: BOE. Recollit de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
- Jirwe, M., & Rudman, A. (2012). Why choose a career in nursing? *Journal Advance Nursing, 68*(7), 1615-1626. doi:10.1111 / j.1365-2648.2012.05991.x.

- Jornet Meliá, J. M., Suárez Rodríguez, J. M., & Pérez Carbonell, A. (2000). La validez en evaluación de programas. *Revista de Investigación educativa*, 18(2), 341-356.
- Kèrouack, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Doyma, S.L.
- Kozier, B., Erb, G., & Berman, A. (2005). *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica* (7 ed.). McGraw-Hill. Interamericana.
- Kruskal, J. (1964). Nonmetric Multidimensional Scaling: A Numerical Method. *Psychometrika*, 115-129.
- Lawshe, C. (1975). Quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*(28), 563-575.
- León Molina, J. (2003). Enfermería: Profesión, humanismo y ciencia. *Enfermería Global*, 2(1), 7. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.2.1.664>
- Lévinas, E. (1977). *Totalidad e Infinito*. Salamanca: Sígueme.
- Linares, G. (2001). Escalamiento Multiimensional: conceptos y enfoques. *Revista Investigación Operacional*, 22(2), 173-183.
- Loewenthal, K. M. (1996). *An Introduction to Psychological Tests and Scales*. London: UCL Press Limited.
- Lynch, K., Lyons, M., & Cantillon, S. (2007). Breaking silence: educating citizens for. *International Studies in Sociology of Education*, 17(1-2), 1-19.
- Marriner Tomey, A., & Raile, M. (1999). *Modelos y Teorías en Enfermería* (Cuarta ed.). Madrid, España: Harcourt Brace.
- Martín Arribas, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17), 23-29.
- Martín Ruiz, C. (2015). Revisión sobre la Enfermería Española en la Postguerra (1939-1953). *Trabajo Fin de Grado*. Recuperado el 8 de octubre de 2019, de <http://hdl.handle.net/10498/18275>

- Martínez Usurralde, M. J. (2007). ¿Renovando viejos dilemas?. Revisión a las funciones de la Universidad a la luz de la convergencia europea. *Revista Opciones Pedagógicas*(35-36), 42-65.
- McCaffrey, G., & McConnell, S. (2015). Compassion: A critical review off peer-reviewed literature. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), 3006-30015. doi:10.1111 / jocn.12924.
- Medina Moya, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes .
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L. M., Turbany, J., & Valero, S. (2013). *Psicometría*. Barcelona: UOC.
- Ministerio de Educación Nacional. (4 de Diciembre de 1953). *Decreto de 4 de diciembre de 1953, por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios*. Madrid, España: BOE.
- Ministerio de Educación Nacional. (1955). *Orden de 4 de Julio de 1955*. Madrid: BOE.
- Ministerio de Educación y Ciencia. (1977). *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*. Madrid: BOE.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2003). *La Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Educación Superior*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Recollit de [http://portalcecova.es/files/Documento\\_Marco.pdf](http://portalcecova.es/files/Documento_Marco.pdf)
- Ministerio de Fomento. (10 / septiembre / 1857). *Ley de Instrucción Pública*. Madrid, Madrid, España: BOE.
- Ministerio de Fomento. (4 / Julio / 1861). *Real Orden de 26 de Junio de 1861, determinando los estudios prácticos que han de exigirse a los aspirantes al título de practicantes*. Madrid: BOE. Recollit de <https://www.codem.es/del-sistema-sanitario/1861-real-orden-de-26-de-junio-practicantes>



- Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. (1915). *Real Orden de 7 de Mayo de 1915*. Madrid: Gaceta de Madrid.
- Ministerio de la Gobernación, España. (5 / diciembre / 1945). *Orden de 26 de noviembre de 1945, por la que se aprueba el Reglamento y Estatutos provisionales del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de Colegios Provinciales, respectivamente, así como los Estatutos del Consejo de Previsión y Socorros Mutuos*. Madrid: BOE. Recollit de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1945-11745>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1 / Febrero / 1984). *Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud*. Madrid: BOE. Recollit de <https://www.boe.es/eli/es/rd/1984/01/11/137>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (09 / Noviembre / 2001). *Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería*. Madrid, Madrid, España: BOE. Recollit de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-20934#:~:text=Ayuda-,Real%20Decreto%201231%2F2001%2C%20de%208%20de%20noviembre%2C%20por,de%2009%2F11%2F2001>.
- Ministerio de Trabajo. (1948). *Orden de 20 de Enero de 1948 por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad*. Madrid: BOE. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1948-2515>
- Miranda, R. M. (1956). *Moral profesional para el Ayudante Técnico Sanitario*. Madrid: Gráficas Onofre Alonso.
- Miró, M., Gastaldo, D., Nelson, S., & Gallego, G. (2012). Spanish nursing under Franco: reinvention, modernization and repression (1956–1976). *Nursing Inquiry*, 19(3), 270-280.
- Molina García, J. (2020). Proyecto Docente. Valencia.
- Morales Vallejo, P., Urosa Sanz, B., & Blanco Blanco, Á. (2003). *Construcción de escalas de actitudes lipo Likert*. Madrid: La Muralla, S.A.

- Moreno, R., Martínez, R., & Muñiz, J. (2004). Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicothema*, 16(3), 490-497.
- Moya Morales, M. C., Reboloso Pacheco, E., Huici Casal, C., Marqués, J., Páez Rovira, D., Pérez, J. A., . . . Morales Domínguez, J. F. (1997). *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España S.A.
- Munné Matamala, F. (1986). *Psicología Social*. Barcelona, España: Ediciones Ceac.
- Muñoz Aznar, R. (2016). Estudio de aspectos éticos en cuidados paliativos desde la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. *Tesis*. Valencia. Consultat el 11 / octubre / 2021, a <https://roderic.uv.es/handle/10550/54082>
- Nebot Bergua, C., Roca Caparà, N., Icart Isern, M. T., & Roldán Merino, J. F. (2016). Identificación de los factores estresantes en los estudiantes de grado de enfermería antes de iniciar su formación práctica. *Revista de Enfermería y Salud Mental*(4), 5-14.
- Newman, M., Sime, A., & Corcoran-Perry, S. (1991). The focus of de discipline of nursing. *Advance in Nursing Science*, 14(1), 1-6.
- Nightingale, F. (1990). *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona, Catalunya, España: Salvat Editores, S.A.
- Noddings, N. (2003). *Caring. A feminine approach to ethics and moral education*. California: University of California press.
- Noddings, N. (2005). *The challenge to care in schools. An alternative Approach to Educatio*. New York: Teachers College, Columbia University.
- Nunnally, J. C. (1967). *Psycometric Theory*. New York: MacGraw Hill.
- Olano Lizarraga, M., & García Vivar, C. (2012). Visión de los pacientes sobre el cuidado de enfermería. *Rol de Enfermería*, 35(1), 20-31.
- Orem, D. E. (1993). *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Ediciones Científicas y Técnicas.

- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud: Glosario. *Glosario*. Ginebra. Recollit de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1)
- Ospina Rava, B. E., Sandoval, J. J., Aristizabal Botero, C. A., & Ramírez Gómez, M. C. (2005). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. *Antioquia 2003. Investigación y Educación en Enfermería, XXIII(1)*, 14-29.
- Pades Jiménez, A. (2003). La autoestima profesional y su cuidado. *Enfermería Clínica, 13(3)*, 171-176. doi:10.106/S1130-8621[03]73801-7
- Papadopoulos, I., Martín García, À., Oter Quintana, C., González Blázquez, C., & González Gil, T. (2020). Explorando significados y experiencias de las enfermeras españolas en torno a la compasión. *ROL de Enfermería, 43(2)*, 88-96.
- Pedrosa, I., Suárez Álvarez, J., & García-Cueto, E. (2014). Evidencias de validez de contenido: Avances Teóricos y Métodos de Estimación. *Acción Psicológica, 10(2)*, 3-18. doi:<https://doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>
- Pérez Carbonell, A., Ramos Santana, G., & López González, E. (2009). Diseño y análisis de una escala para la valoración. *Revista de Educación, 221-252*. Recollit de <http://hdl.handle.net/11162/76033>
- Pérez Gil, J. A., Chacón Moscoso, S., & Moreno Rodríguez, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial. *Psicothema, 12(Supl. nº 2)*, 442-446.
- Pinto Freyre, J., Santamaría García, J., Santamaría Pérez, A., & Martínez Botija, S. (diciembre / 2017). Cuidadosofía: una introducción a la relación entre cuidado y filosofía. *Ene (versión On-line), 11(3)*, 1-21.
- Poblete-Troncoso, M. C., Valenzuela-Suazo, S. V., & Merino, J. M. (2012). Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan, 12(1)*, 8-21.

- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (Sexta ed.). México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A de C.V.
- Posada Morales, M. N., & Mora Espinosa, B. M. (2014). Interpretación de la teoría de Kristen Swanson para un cuidado humanizado. *Metas Enfermería*, 17(3), 69-75.
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2018). *Modelos y Teorías en enfermería*. Madrid, España: Elsevier España.
- Ramió Jofre, A. (mayo / 2015). Valores y Actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Cataluña. *Tesis*. Consultat el octubre / 2020, a <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/43007>
- Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid, España: RAE.
- Redondo Sánchez, P. (2000). Mundo, cuidado y privación en el análisis de la vida en el primer Heidegger. *Thémata. Revista de filosofía*(24), 171-191.
- Reyes Rodríguez, L. (2007). La teoría de acción razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación Educativa Duranguense*(7), 66-77.
- Riechmann, J. (2013). *Fracasar Mejor*. Zaragoza: Olifante ediciones de poesía.
- Rivas, T., & Martínez Arias, R. (1991). Relación entre el escalamiento multidimensional métrico y análisis de componentes principales. *Psicothema*, 3(2), 443-451.
- Rocha Duarte, M., & Santiago da Rocha, S. (2011). As contribuições da filosofia Heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 16(2), 361-364.
- Rodríguez González, Á., Seoane Rey, J., Ferrer, G., & Jorge. (1989). *Creencias, Actitudes y Valores*. Madrid: Alhambra.

- Rodríguez Jiménez, S., Cárdenas Jiménez, M., & Pacheco Arce, A. L. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 145-153.
- Rodríguez Sabiote, C., Gutiérrez Pérez, J., & Fernández Cano, A. (2004). Posibilidades del Escalamiento Multidimensional en la Modelización de Desajustes Asociados a la Reforma de Planes de Estudios Universitarios. *Revista de Investigación Educativa*, 22(2), 377-391.
- Rogers, C. (1968). Interpersonal Relationships. *Journal of Applied Behavioral Science*, 4, 265-280.  
doi:<https://doi.org/10.1177/002188636800400301>
- Rojas, N. P., Bustamente-Troncoso, C. R., & Dois-Castellón, A. (2014). Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichan*, 14(2), 184-195.
- Rokeach, M. (1973). *La naturaleza de los valores humanos*. Prensa Libre. Prensa Libre.
- Rueda García, E. M. (2019). Elaboración y Validación de una Escala de Riesgo de Embarazo no deseado. *Tesis*. Valencia. Recollit de <https://roderic.uv.es/handle/10550/70815>
- Salinas Ibáñez, J. (2008). *Innovación educativa y usos de las TIC*. Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía.
- Salud, O. M. (1998). Promoción de la Salud: Glosario. *Glosario*. Ginebra.
- Sánchez Carrión, J. J. (1985). Introducción al análisis multidimensional no métrico. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(29), 187-218.
- Santainés Borredá, E. (2019). *Florence Nightingale en la obra de Federico Rubio*. Granada, España: Fundación Index.
- Shadaifat, E., Jamama, A., & Al-Amer, M. (2018). Stress and Coping Strategies Among Nursing Students. *Global Journal of Health Science*, 10(5), 33-41.

- Siles González, J. (1999). *Historía de la Enfermería* (Vol. I). Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Siles González, J., & Solano Ruíz, M. C. (2009). *Antropología Educativa de los Cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas*. Alicante, Comunitat Valenciana, España: Editorial Marfil, S.A.
- Siles González, J., & Solano Ruíz, M. d. (2011). La historia cultural y la estética de los cuidados de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagen*, 19(5), 11 .
- Simancas-Pallarés, M. Á., Herazo, E., & Campo-Arias, A. (2016). Técnicas para estimar la estabilidad de un escala de medición en salud. *Revista de Ciencias Biomédicas*, 7(1), 104-111.
- Soldevilla Pérez, C. (2007). El trasfondo barroco del psicoanálisis. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 87-100.
- Swanson, K. M. (1991). Desarrollo empírico de una reoría de cuidado de rango medio. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (sense data). *Office for Human Research Protections*. Consultat el 22 / Abril 2020 / 2020, a sito Web de Office for Human Research Protections: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
- Torrallba Roselló, F. (2001). La llamada del otro vulnerable. Hacia una fundamentación de las éticas profesionales. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*(17), 27-42.
- Torres A, A., & Sanhueza Alvarado, O. (2006). Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 112-119. Consultat el 15 / octubre / 2021, a <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215402011>
- Ulrich, B. T. (1996). *Liderazgo y dirección según Florence Nightingale*. Barcelona, Catalunya, España: Masson, S.A.

- Umpiérrez Chávez, G. N. (17 / Agosto / 2017). Construcción de los Cuidados brindados por los Profesionales de Enfermería en el Primer Nivel de Atención de Uruguay: Un enfoque cultural. *Tesis*. Pelotas, Uruguay.
- Urra M, E., Jana A, A., & García V, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería* , XVII(3), 11-22.
- Urrutia Egaña, M., Barrios Araya, S., Gutiérrez Núñez, M., & Mayorga Camus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547-558.
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Gargari, R. B., Ghahramanian, A., & Jabbarzadeh, F. (2016). Self-esteem challenges of nursing students: an integrative review. *Res Dev Med Educ*, 5(1), 5-11. doi:doi: 10.15171/rdme.2016.003
- Vargas Porras, C., & Hernández Molina, L. M. (2010). Validez y Confiabilidad del cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el post-parto. *Avances en Enfermería*, 28(1), 96-106.
- Vázquez Verdera, V. (16 / Julio / 2009). La Educación y la Ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings. *Tesis Doctoral*, 284. València, Comunitat Valenciana, España: Servei de Publicacions.
- Vieira de Oliveira, F., & Carraro, T. E. (2011). Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 376-80.
- Villavicencio Caparó, E., Ruíz García, V., & Cabrera Duffaut, A. (2016). Validación de cuestionarios. *Revista OACTIVA UC*, 1(3), 75-80.
- Waldow, V. R. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan*, 9(3), 248-256.
- Watson, J. (2008). *The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2011). *Human Caring Science. A Theory of Nursing*. Jones&Bartlett Learning.

Weimer, M. (2002). *Learner-Centered Teaching.Five Key Changes To Practice*. San Francisco, EE.UU: Jossey Bass.

Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, L. L. (2020). Experiencias de comunicación de enfermeras de cuidados críticos con pacientes y familiares en una unidad de cuidados intensivos: un estudio cualitativo. *PLoS ONE* , 15(7). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>

Zabalegui Yarnoz, A. (2000). Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. *Enfermería Clínica*, 10(6), 263-265.



# **Annexes**

# Annexes

## Annex 1. Qüestionari aplicat a la mostra

### VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES

Edat: 1. 18 a 22 anys   
 2. 23 a 27 anys   
 3. 28 o més

Sexe: 1. home   
 2. dona

Estudis previs d'accés a la Universitat: 1. Formació Professional   
 2. Batxillerat   
 3. Altres títols   
 4. Majors de 25 anys

Primera opció d'accés a la Universitat: 1. Infermeria   
 2. Medicina   
 3. Fisioteràpia   
 4. Odontologia   
 5. Altres  Indicar:.....

El qüestionari que es presenta a continuació conté una sèrie d'afirmacions sobres les que hauràs d'indicar el teu grau d'acord o desacord. Es plantegen cinc opcions:

1. Totalment en desacord
2. En desacord
3. Indecís
4. D'acord
5. Totalment d'acord

Marca una X en la casella corresponent a l'opció que expressa millor el teu grau d'acceptació en cada una de les afirmacions.

**MOLTES GRÀCIES**

<b>VALORACIÓ ACTITUDS PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES</b>	Totalment en des acord	En des acord	Indecís	D'acord	Totalment d'acord
1. crec que totes les persones a les que atenc i les seues famílies presenten les mateixes demandes d'atenció.					
2. crec que les persones valoren que l' infermer o infermera que els atén es pose en el seu lloc.					
3. crec que per tenir cura de les persones és necessari considerar que cada una és singular.					
4. allò important per als infermers i infermeres és centrar-nos en col·laborar per aconseguir un bon diagnòstic mèdic.					
5. em molesta que, amb el temps, deixi de posar-me en el lloc de les persones a les que atenc.					
6. quan les persones a les que atenc em plantegen els seus desitjos i/o necessitats procure no donar-los importància.					
7. en l'exercici professional estic tenint dificultats per comunicar-me amb els companys i companyes.					
8. sempre que puc procure parlar amb les persones per poder conèixer millor les seues demandes d'atenció.					
9. la meua família dona suport a la meua actitud cap a la cura dels altres.					
10. vull dedicar la meu vida professional a ajudar a les persones que tenen problemes de salut.					
11. sempre he volgut estudiar infermeria malgrat que la meua família i els meus amics creuen que és millor ser metge o metgessa.					
12. crec que ser infermer o infermera significa protegir a les persones vulnerables.					
13. crec que si tinc capacitat per prendre decisions tinc també responsabilitat.					
14. sent que estic preparat/da per prendre decisions sobre les persones a les que atenc.					
15. tinc costum de dirigir-me a les persones a les que atenc utilitzant "vostè" com expressió de respecte.					
16. la meua família m'aconsella que és millor no tenir que prendre decisions.					
17. si he comés alguna errada que ha afectat a alguna de les persones a les que atenc, encara que no haja segut greu m'ha quedat consciència de falta.					
18. crec que les persones són interlocutors vàlids en el procés de cures.					
19. crec que és necessari que les persones a les que atenc sàpiguen que la informació que ens faciliten és confidencial.					
20. crec que hi ha aspectes de les persones a les que atenc sobre els que no hauria de preguntar.					
21. establir vincles emocionals amb les persones a les que atenc dificulta el procés de cures.					
22. quan he de recollir informació sobre una persona a la que cuide utilitze sempre els documents dissenyats a l'efecte.					
23. crec que les persones i les seues famílies han d'assumir la responsabilitat en la seua cura.					
24. em molesta no poder ensenyar a les persones que atenc com han de cuidar la seua salut.					
25. prefereix realitzar els procediments de cures abans que ensenyar a les persones per que puguen fer-ho elles mateix.					
26. crec que el domini de les tècniques és el que determina la qualitat professional					

<b>VALORACIÓ ACTITUDS PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES</b>	Totalment en des'acord	En des'acord	Indecís	D'acord	Totalment d'acord
27. allò més important en el meu treball com a infermer o infermera és la competència tècnica.					
28. quan m'equivoque al realitzar una tècnica em sent menyspreada per les infermeres amb les que estic en pràctiques.					
29. abans de realitzar una tècnica valore si tinc els coneixements necessaris per fer-la					
30. crec que tenir una raonable confiança en mi mateix és fonamental per desenvolupar qualsevol projecte vital.					
31. crec que és necessari un grau raonable d'autoestima per a que les persones puguin fer tasques que els il·lusionen.					
32. haver tingut que conformar-me amb els estudis d'infermeria m'ha generat un sentiment de frustració.					
33. quan pregunten qui vol atendre a alguna persona o fer qualsevol tècnica sempre me ofereix.					
34. sempre que es planteja qualsevol dubte durant les pràctiques busque l'ajuda d'un o una infermera.					
35. crec que totes les persones a les que atenc i les seues famílies tenen les mateixes necessitats.					
36. crec que la infermera o l'infermer necessita "marcar distància" amb les persones a les que atén.					
37. és bo que desenvolupe la capacitat de posar-me en el lloc de l'altre.					
38. em molesta escoltar als infermers i infermeres queixar-se per que sols tenen temps per a aplicar els tractaments mèdics i/o realitzar les tècniques necessàries per al diagnòstic.					
39. en la meua relació amb les persones que atenc utilitze freqüentment expressions com: "no passa res"; "això no és res"; "això no fa mal"; "tranquil/tranqui-la".					
40. crec que qualsevol persona que es gradua en infermeria pot ser un bon infermer o infermera.					
41. els meus interessos personals són més importants que el compromís amb el benestar dels pacients.					
42. ser infermer o infermera és per a mi la millor manera de ser útil a la societat.					
43. estic estudiant infermeria perquè no he pogut estudiar el que volia.					
44. les infermeres i infermeres amb els que treballo, prioritzen el seu compromís amb les persones que atenen front al seus interessos personals.					
45. crec que assumir la responsabilitat de les pròpies decisions i accions és una qualitat essencial per obtenir la consideració de professió.					
46. crec que si treballo en un context hospitalari, no hauré de prendre decisions sobre les persones a les que atenc.					
47. en l'exercici professional estic tenint dificultats per comunicar-me amb les persones a les que atenc.					
48. si he comés alguna errada que ha afectat a alguna de les persones a les que atenc evite informar a la resta de l'equip.					
49. crec que no és possible tenir cura adequadament si no tenim coneixement de les aspiracions d'autonomia i autorealització de les persones.					
50. sols dirigint-me a les persones amb el màxim respecte, podré obtenir la informació que necessite per poder cuidar-les.					

<b>VALORACIÓ ACTITUDS PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES</b>	<b>Totalment en des acord</b>	<b>En des acord</b>	<b>Indecís</b>	<b>D'acord</b>	<b>Totalment d'acord</b>
51. quan recull informació sobre una persona a la que cuide anote la informació en eixe moment.					
52. crec que el treball que realitzem al centre de salut permet que els infermeres i infermeres dediquen temps a l'educació per a la salut de les persones a les que atenen.					
53. és millor treballar en atenció primària perquè tenim més temps per fer educació per a la salut.					
54. si està acabant la meua jornada de treball i alguna persona demanda la meua atenció no tinc problema en dir-li que la meua companya o company del torn següent els atindrà.					
55. crec que el domini de les tècniques és suficient per aconseguir l'excel·lència professional.					
56. em preocupa que amb el temps deixe de interessar-me per la meua competència tècnica.					
57. abans de realitzar una tècnica m'interessa per conèixer l'estat general de la persona a la que atenc.					
58. crec que la societat considera que les infermeres som professionals sanitaris de "segon nivell".					
59. les infermeres i els infermers que conec consideren important la tasca que desenvolupen amb els pacients i les seues famílies.					
60. prefereix preguntar els dubtes que tinc als meus companys o companyes de pràctiques.					
61. crec que és possible satisfer les demandes d'atenció de cada persona.					
62. posar-me en el lloc de l'altre em resulta gratificant.					
63. en les converses amb les persones a les que atenc evite que em conten assumptes privats.					
64. quan estic atenent a les persones estic centrat /ada en identificar i satisfer les seues demandes d'atenció.					
65. em sent sensibilitzat/ada amb les necessitats que tenen les persones a les que atenc.					
66. per a mi no hi ha res més gratificant que poder ser útil als altres.					
67. estic estudiant infermeria perquè és una titulació amb possibilitat d'obtenir treball					
68. crec que si treballo en atenció primària tindrè més responsabilitat sobre les persones a les que atenc.					
69. si comet alguna errada quan estic atenent a una persona em preocupa sobretot tenir que fer front a una denúncia.					
70. crec que és necessari generar un ambient adequat per afavorir la comunicació amb les persones a les que atenc.					
71. m'intimida que les persones a les que atenc m'aborden per a preguntar-me o contar-me informacions que jo considere privades.					
72. és bo tutejar a les persones a les que atenc.					
73. crec que el treball que realitzem a l'hospital no permet que dediquen temps a fer educació per a la salut amb les persones a les que atenc.					
74. m'agrada que les persones a les que atenc me pregunten sobre què fer per millorar la seua salut i com fer-ho.					
75. aprofite qualsevol moment amb les persones a les que atenc per ajudar-los a millorar els seus coneixements sobre com tenir cura de la seua salut.					
76. crec que la competència tècnica és insuficient per a protegir la fragilitat de les persones.					
77. em preocupa acabar la meua formació i no tenir la competència tècnica necessària					

<b>VALORACIÓ ACTITUDS PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES</b>	<b>Totalment en des acord</b>	<b>En des acord</b>	<b>Indecís</b>	<b>D'acord</b>	<b>Totalment d'acord</b>
78. crec que quan acabe la meua formació serè capaç de tenir cura de les persones de manera excel·lent.					
79. em fa vergonya preguntar els dubtes que tinc sobre el que cal fer amb la persona a la que atenc.					
80. crec que per donar una bona atenció infermera és necessari posar-se al lloc de l'altre.					
81. em molesta veure com algunes infermeres i infermers tenen com a prioritat d'actuació l'aplicació del tractament mèdic.					
82. quan estic atenent a les persones estic centrat /ada en el seu diagnòstic i el tractament mèdic.					
83. ser infermer o infermera és per a mi una forma de vida.					
84. estic estudiant infermeria perquè és una titulació fàcil d'estudiar.					
85. crec que la finalitat de treballar bé és evitar les denúncies.					
86. crec que la responsabilitat de curar i cuidar a les persones la tenen en primer lloc els professionals de la medicina.					
87. prefereix treballar en atenció primària, crec que és on les infermeres podem demostrar que som responsables de les persones a les que atenem.					
88. crec que les infermeres i els infermers necessitem conèixer aspectes de la persona que formen part de la seua intimitat.					
89. conèixer en profunditat a les persones que atenem genera vincles emocionals					
90. si alguna persona sol·licita la meua atenció no tinc problema en atendre'l encara que haja finalitzat la meua jornada de treball.					
91. les infermeres i infermers estan obligats al secret professional.					
92. en les pràctiques he pogut prendre decisions sobre les persones a les que atenc					
93. em fa vergonya iniciar una conversa si la persona és desconeguda.					
94. quan una persona em pregunta sobre el seu estat de salut li dic que li pregunte al metge o metgessa responsable.					
95. crec que és bo que els professionals sanitaris es protegim per evitar denúncies					
96. crec que les infermeres i infermers som responsables de les persones a les que atenem.					
97. crec que les infermeres i els infermers, en general, estan més preocupats per possibles denúncies que pel benestar de les persones a les que atenem.					
98. estic estudiant infermeria perquè crec que tinc vocació per a ser infermer o infermera.					
99. em sembla una ximpleria considerar que és necessari tenir vocació per poder ser infermer o infermera.					
100. per ser un bon infermer o infermera és necessari tenir una actitud favorable per cuidar a les persones.					
101. no és bo involucrar-me amb les persones a les que atenc.					
102. allò important per a les infermeres i infermers és aplicar el tractament mèdic.					
103. crec que per poder gaudir del meu treball com infermer o infermera és necessari tenir una actitud favorable cap a la cura de les persones.					



<b>VALORACIÓ ACTITUDS PER TENIR CURA DE LA SALUT DE LES PERSONES</b>	<b>Totalment en desacord</b>	<b>En desacord</b>	<b>Indecís</b>	<b>D'acord</b>	<b>Totalment d'acord</b>
104. crec que les persones i les seues famílies tenen dret a rebre informació i educació per poder assumir, de manera efectiva, la responsabilitat de la seua cura.					
105. les infermeres i els infermers amb els que treballo al centre de salut, estan preocupats per ensenyar a les persones cóm han de cuidar la seua salut.					
106. crec que les persones estan capacitades per a fer-se càrrec de la seua cura					
107. a l'hospital dediquem una part important del temps de treball a ensenyar a les persones cóm han de cuidar la seua salut.					
108. crec que el domini de la tècnica és insuficient per a ser un/una bona infermera.					
109. quan vaig a realitzar una tècnica pose tota la meua atenció en el procediment a seguir sense pensar en la persona qui li l'he d'aplicar					
110. al centre de salut dediquem una part important del temps de treball a ensenyar a les persones cóm han de cuidar la seua salut.					
111. crec que les persones a les que atenem valoren igualment la competència tècnica i la amabilitat, en els infermers i les infermeres.					
112. crec que és poc freqüent escoltar parlar d'infermeres rellevants.					
113. estic tranquil/a perquè sé que l'experiència m'ajudarà a adquirir competència tècnica.					
114. em molesta veure la falta de consideració que es tenen alguns infermers i infermeres entre si, pel treball que desenvolupen.					
115. quan en les pràctiques de simulació es planteja qualsevol problema prefereix que siguen altres companys o companyes els qui formulen propostes per resoldre'l.					
116. les infermeres i els infermers amb els que he treballat, m'animen a prendre decisions.					
117. les infermeres i els infermers amb els que he treballat sempre em recorden que els metges i metgesses són els responsables de les persones.					

### **Comentaris:**

Moltes gràcies per la teua col·laboració

## Annex 2. Full informatiu i Consentiment Informat

**DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT I COMPROMÍS DE CONFIDENCIALITAT**

(Tots els fulls de paper que vas a utilitzar han estat tractats amb mesures anti COVID)

Títol del projecte per al que se sol·licita la teua participació:

***Disseny i validació d'un qüestionari per a mesurar les actituds necessàries per cuidar la salut de les persones***

Benvolguda estudianta/ benvolgut estudiant

En primer lloc vull donar-te les gràcies per la teua atenció. A continuació vaig a explicar el projecte que m'ocupa i quina és, si ho acceptes, la teua participació.

Després de 36 anys dedicada a la docència de la infermeria, estic treballant en la tesis doctoral. El tema de la meua tesis és la valoració de les actituds que segons la Dra. Adela Cortina són necessàries per poder tenir cura de les persones: *Compassió; Actitud Vocacionada; Responsabilitat; Actitud cap a la comunicació; Actitud cap a l'empoderament de les persones; Actitud cap a la competència tècnica i Actitud cap a l'autoestima professional*. En la recerca bibliogràfica prèvia no he trobat cap estudi que estigues centrat en eixes actituds en concret, per la qual cosa he hagut de dissenyar un qüestionari específic. A hores d'ara estic en el procés de validació del qüestionari, ja he rebut retroalimentació d'un grup d'experts i expertes, gràcies als quals he pogut avaluar els ítems en funció de la seua intel·ligibilitat, univocitat, validesa i ubicació, i ara necessite la vostra participació per poder avaluar la consistència interna, la estabilitat, la factibilitat entre altres característiques.

És un qüestionari extens, on trobaràs un conjunt d'afirmacions sobre les que hauràs de manifestar el teu acord o desacord, mitjançant cinc opcions: ***totalment en desacord; en desacord; indecís; d'acord o totalment d'acord***. És molt important que la teua resposta siga sincera i evites, en la mesura de lo possible, optar per l'opció indecís.

Al finalitzar el qüestionari t'agrairia que manifestares la teua opinió sobre el temps que t'ha ocupat respondre als ítems; si has trobat alguna dificultat per comprendre alguna de les afirmacions; o qualsevol altre comentari que consideres adient. Les teues opinions són molt valuoses tot i tenint en compte que la finalitat d'aquest treball és obtenir un qüestionari que pugui ser utilitzat per a avaluar el desenvolupament de les actituds per tenir cura de la salut de les persones, i poder determinar si eixes actituds milloren i se consoliden al llarg del vostre procés formatiu com a infermeres.

A més a més i per tal de poder mesurar l'estabilitat d'aquest instrument, necessitaria que alguns de vosaltres se comprometéreu a tornar a realitzar aquest qüestionari passades cinc o sis setmanes. Si vols participar en la *prova test-retest* per mesurar l'estabilitat del qüestionari pots indicar-ho en el consentiment informat. Gràcies anticipades.

Tota la informació que ens doneu serà tractada garantint la seua confidencialitat, segons estableix *la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal 3/2018 de 5 de desembre*.



Per fer-ho possible seguirem el següent procediment:

1. Numeració dels qüestionaris.
2. Si vols participar en el "retest" rebràs dos sobres: A i B. Al sobre A hauràs d'introduir el número del qüestionari que has emplenat i tancar-lo. Al sobre B, introduiràs el full annexat al CI on hauràs escrit el teu nom de pila, el telèfon i el correu electrònic i el sobre A tancat.
3. Aquests sobres quedaran baix la custòdia de la persona responsable de la investigació, qui mantindrà el deure de confidencialitat tal i com exigeix la Llei 3/2018, article 5, punt 1.
4. Per a la convocatòria del "retest" jo mateix, com a responsable de la investigació obriré el sobre B i procediré a contactar amb tu. Si en eixe moment decideixes NO participar, automàticament destruiré els dos sobres amb la informació que contenen.
5. Si mantens el teu compromís de participar en el "retest" sols es destruiran les teues dades personals, conservant el sobre A on figura el número del qüestionari que vares emplenar.
6. Finalitzada la recollida de dades en el "retest", obriré tots els sobres A per poder identificar el número dels qüestionaris de la fase "test" i analitzar comparativament els resultats obtinguts en el "test" i el "retest".

Finalment t'informe que la realització d'aquest treball ha estat aprovada pel *Comitè Ètic d'Investigació en Humans* de la Universitat de València, amb numero de procediment 1243193, i la direcció del vostre centre ha donat el seu vist i plau.

Els resultats obtinguts se publicaran en l'acte d'exposició i defensa de la tesis.

A continuació, figura el text corresponent al consentiment informat per a que, en el cas de que acceptes participar, ens el tornes signat.

**Moltes gràcies per la teua atenció.**

## **Per a introduir dintre del sobre B**

**Si has acceptat participar en el retest, omple les dades que te sol·licite i introdueix aquest full dins del sobre B. Recorda que NO has d'escriure els teus cognoms, sols el nom.**

Nom de pila:

Correu electrònic:

Telèfon:

**DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT I COMPROMÍS DE CONFIDENCIALITAT**

(Entrega'l signat, per favor )

Jo.....DNI.....

Havent estat informat, per la doctoranda M<sup>a</sup> Amparo Benavent Garcés, sobre l'objectiu i les característiques que té el qüestionari sobre *Valoració de les Actituds per Tenir Cura de la salut de les Persones*, i considerant que queden garantits els meus drets tal i com queda recollit en la *Ley de Protección de Datos de Carácter Personal 3/2018 de 5 de desembre*, i descrit en el text informatiu, accepto participar en el procés de medició de les seues característiques psicomètriques, complimentant el qüestionari.

Signatura:

En València a.....de 2020

Tanmateix i com **que accepto participar en la prova Test-retest**, autoritze a la doctoranda M<sup>a</sup> Amparo Benavent Garcés a que, tot i respectant el que diu la *Ley de Protección de Datos de Carácter Personal 3/2018 de 5 de desembre*, Títol II: articles 5 i 6, utilitze les dades, que li facilite a continuació, per poder convocar-me per a realitzar el retest.

### Annex 3. Document enviat als experts i expertes per a la valoració de validesa, ubicació, univocitat i intel·ligibilitat

#### QÜESTIONARI DE VALORACIÓ D'ACTITUDS PER A L'ATENCIÓ A LA SALUT DE LES PERSONES

##### ANÀLISI I VALORACIÓ DE JUTGES

###### PRESENTACIÓ

Estimat/ada company/a: volem sol·licitar-vos la col·laboració en el procés de validació del qüestionari sobre actituds per a tenir cura que hem desenvolupat en el marc de la tesis que ens ocupa. Aquesta tesis doctoral té com a objectiu elaborar un instrument que ~~permeta~~ mesurar en l'alumnat de la titulació de Grau en Infermeria de la Universitat de València, el desenvolupament de les actituds necessàries per poder tenir cura de la salut de les persones i ~~cóm~~ les metodologies d'aprenentatge utilitzades pel professorat influeix en aquest desenvolupament.

Aquest objectiu descansa sobre diversos pilars teòrics: la proposta sobre actituds d'un infermer/a madura, que en el any 1997 apareix publicada en el llibre de Arroyo, MP et al sobre ~~Ética y Legislación en Enfermería~~ (Arroyo Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, & Zugasti Cabrillo, 1997); el significat de tenir cura en infermeria i les directrius per a l'atenció infermera recollides en els diferents models infermers; l'exigència plantejada a l'àmbit de la formació universitària de graduar persones que no solament hauran d'adquirir coneixements (saber) sinó aconseguir saber ser i saber estar; i la ~~Teoría de Acción Razonada~~ enunciat per ~~Fishbein i Ajzen~~ en 1980, sobre el comportament humà. (Fishbein, M, Ajzen, I. 1980. En (Gargallo López, Pérez Pérez, Fernández March, & Jiménez Rodríguez, 2007).

Per tot això ens hem plantejat la necessitat d'evidenciar si durant el seu període formatiu els futurs professionals de la infermeria desenvolupen eixes actituds i en quina mesura les metodologies d'aprenentatge utilitzades pel professorat en eixe període influeixen en la seua adquisició i/ o modificació.

En la revisió de la literatura que hem efectuat, no hem trobat un qüestionari que ~~done~~ resposta al nostre objectiu, per la qual cosa hem decidit elaborar-lo. Després d'estudiar distintes propostes metodològiques per a mesurar actituds, hem optat per utilitzar una Escala tipus ~~Likert~~. A continuació passem a explicar el format del qüestionari.

Hem considerat set (7) dimensions que se corresponen amb les actituds que se recullen en Arroyo, MP, et.al.. Com podrà observar hem modificat l'enunciat de les

actituds: *capacitat de comunicació; capacitat de promoure; competència tècnica i autoestima*. És obvi que aquests enunciats no se corresponen amb la definició d'actitud entesa com intenció per a efectuar un determinat comportament. Així doncs proposem nombrar-les com: *actitud cap a la comunicació; actitud cap al empoderament del pacient* (considerant que la promoció se tradueix en l'empoderament de les persones respecte a la seua salut); *actitud cap a la competència tècnica i actitud cap a l'autoestima professional*.

Dins de cada dimensió hem anat elaborant els ítems a partir de la consideració de tres subdimensions que se corresponen amb el que Fishbein i Ajzen enuncien com factors que influeixen en el desenvolupament de les actituds: el factor cognoscitiu; el factor afectiu i el factor comportamental. Mitjançant els ítems enunciats per determinar el factor cognoscitiu, tenim la pretensió d'obtenir informació del coneixement que té l'alumne o l'alumna sobre el comportament que volem avaluar. Els ítems recollits en la subdimensió factor afectiu ens indicaran, o així ho esperem, quins sentiments provoca en l'alumne o l'alumna el comportament que volem avaluar. Por últim, mitjançant els ítems corresponents al factor comportamental, volem mesurar de quina manera actua l'alumne o alumna en situacions en les que té que desenvolupar eixe comportament.

Tanmateix s'han inclòs ítems amb els que tenim la pretensió d'identificar, mitjançant la resposta de l'alumne o alumna, com valoren eixe comportament a mesurar els anomenats referents: família; amics; institució.

El qüestionari que presentem per a la seua anàlisi i valoració conté un total de 115 ítems tancat amb format de resposta de escala tipus Likert de cinc graus:

- Totalment d'acord
- D'acord
- Indecís
- En desacord
- Totalment en desacord

Els ítems del qüestionari han de ser avaluats atenent als criteris de validesa, ubicació, intel·ligibilitat i univocitat.

Per VALIDESA s'entén l'adequació-idoneïtat de l'ítem respecte a l'objecte d'estudi. Un ítem és vàlid quan aporta informació de qualitat sobre l'objecte d'estudi de que se tracte.

Per UBICACIÓ s'entén l'assignació de l'ítem a la dimensió de que se tracte, valorant en quina mesura és correcta.

Per UNIVOCITAT s'entén la precisió en la formulació de l'ítem, és a dir que sols **puga** entendre's de un manera concreta, front a la possible ambigüitat o altres interpretacions.

Per INTEL-LIGIBILITAT s'entén la capacitat de comprensió de l'ítem per part de la població a la que està dirigit.

Us sol·licitem que efectueu la valoració del qüestionari, utilitzant la següent escala de valoració puntuant a l'espai destinat a l'efecte:

1	2	3	4	5
Gens	Poc	Regular	Prou	Molt

Al final del qüestionari s'inclou un espai per a que pugueu aportar les valoracions i consideracions que estimeu oportunes.

Moltes gràcies per la vostra col·laboració. Sense ella seria impossible de realitzar el treball de la tesis.

## Annex 4. Document enviat a les expertes i experts per a la validació de contingut

### **Document per a valorar la validesa de contingut per part d'experts i expertes.**

Estimada doctora/estimat doctor, ~~una~~ a sol·licitar-vos col·laboració en el procés de validació del qüestionari en el que estic treballant.

La vostra col·laboració anterior ens ha permès ~~reformular~~ i millorar els ítems, ara el que us sol·licitem és analitzar el conjunt d'ítems que hem inclòs en cada ~~subdimensió~~ i mesurar la **validesa de contingut**. Volem determinar si el conjunt dels ítems continguts en cada ~~subdimensió~~, són una mostra representativa del constructe **actituds per tenir cura de la salut de les persones**.

A la taula que figura a continuació (pàg.3 a 7) trobareu enunciades i definides cadascuna de les actituds (dimensions) que volem mesurar, així com les ~~subdimensions~~ (cognitiva, afectiva-~~avaluativa~~ i conductual) en les que hem agrupat els diferents ítems. Tanmateix hem assenyalat uns components que, al nostre parer, ens han de permetre determinar el nivell d'assumpció i desenvolupament que cada estudiant i estudianta té de cadascuna de les actituds.

A partir d'aquestes definicions i els seus components, hem generat el contingut dels ítems.

Per a que pugueu fer aquesta valoració us adjuntem el document anomenat "Valoració d'actituds per tenir cura de la salut de les persones", on estan recollits tots els ítems agrupats per dimensions i ~~subdimensions~~.

L'enregistrament de les vostres valoracions podeu fer-lo directament sobre el document esmentat.

Us sol·licitem que, tenint en compte aquesta informació sobre ~~definicions~~ i components de les dimensions i ~~subdimensions~~, valoreu els ítems, inclosos en les distintes dimensions i ~~subdimensions~~, per determinar si són una

mostra representativa del constructe de cada una de les actituds per tenir cura de la salut de les persones.

Per a la valoració cal que utilitzeu la següent escala de valoració:

1. **Gens:** el contingut dels ítems no té res a veure amb el constructe de la dimensió i ~~subdimensió~~.
2. **Poc:** el contingut dels ítems sols es centra en algunes característiques del constructe de la dimensió i ~~subdimensió~~.
3. **Prou:** el contingut dels ítems té allò essencial però li falta alguna característica fonamental del constructe de la dimensió i ~~subdimensió~~.
4. **Molt:** el contingut dels ítems conte quasi totes les característiques del constructe de la dimensió i ~~subdimensió~~, amb alguna absència
5. **Totalment:** el contingut dels ítems representa completament les característiques del constructe de la dimensió i ~~subdimensió~~.

Taula descriptiva de les dimensions i subdimensions contingudes en el qüestionari per a la valoració de les actituds per tenir cura de la salut de les persones.

Dimensions: (actituds)	Definició del constructe	Subdimensions: (factors implicats en el desenvolupament de les actituds).		
		Definició del constructe		
		<b>Subdimensió Cognitiva.</b>	<b>Subdimensió Afectiva-avaluativa.</b>	<b>Subdimensió Conductual.</b>
		Sobre el factor cognoscitiu les qüestions a plantejar ens hauran de permetre identificar quin és el coneixement que té l'estudiant o estudianta, sobre el comportament que volem avaluar.	Sobre el factor afectiu les qüestions a plantejar ens hauran de permetre conèixer quina avaluació o sentiment provoca en cada individu del alumnat, el resultat d'eixe comportament.	Sobre el factor conductual les qüestions ens hauran de permetre identificar de quina manera actua l'estudiant o la estudianta en situacions en les que ha de desenvolupar eixe comportament.

<b>Compassió</b>	<p>Capacitat de posar-se en el lloc de l'altre. En l'activitat infermera eixe "altre" és una esser humà situat en un punt del <del>continuum</del> salut malaltia que necessita ajuda per a fomentar i mantenir la salut, per a recuperar-la i retornar al seu nivell de salut òptim, per adaptar-se a una nova situació de salut o per a una mort tranquil·la.</p> <p>Components:</p> <p>Reconèixer la diversitat en les formes d'afrontar la salut i la malaltia. Reconèixer la diversitat en la manifestació de necessitats i demandes de les persones en relació a la seua salut. Reconèixer que la tasca de tenir cura de les persones va més enllà de l'atenció al seu diagnòstic i tractament mèdic. Valorar positivament la compassió com una eina fonamental per poder fer una cura personalitzada. Valorar positivament l'experiència personal de posar-se en el lloc de l'altre. Mostrar un comportament respectuós cap a la diversitat. Actuar mostrant que l'acció de tenir cura va més enllà de l'atenció al diagnòstic i tractament mèdic.</p>
<b>Actitud vocacionada</b>	<p>Cal entendre-la com una "sensibilitat suficient per a deixar-se impactar per eixe bé intern de la cura i sentir-se responsable d'aquest" fent possible compaginar els drets professionals amb la compassió i la cura de les persones.</p> <p>Components:</p> <p>Reconèixer que la tasca de tenir cura de les persones exigeix un compromís amb el benestar de la persona, família, grup i comunitat. Reconèixer que aquest compromís pot entrar en col·lisió amb els interessos personals. Valorar positivament la vocació. Actuar professionalment posant per davant del interessos personals el compromís professional.</p>



Responsabilitat	<p>La responsabilitat és un sentiment d'obligació front a allò que ens ha estat encomanat.</p> <p>Components:</p> <p>Reconèixer la responsabilitat que cal assumir com a infermeres i infermers. Reconèixer que aquesta responsabilitat és legal però també moral. Reconèixer que aquesta responsabilitat naix de la capacitat per prendre decisions. Valorar positivament l'autonomia infermera en la cura de les persones, famílies, grups i comunitat. Mostrar un comportament que no defuig la presa de decisions ni les conseqüències que es deriven.</p>
Actitud cap a la comunicació	<p>Els usuaris del sistema sanitari són éssers autònoms, amb capacitat per prendre decisions, responsables de la seua salut i necessiten rebre informació, suficient i comprensible, sobre el seu estat de salut. Tanmateix els professionals sanitaris necessiten obtenir informació sobre la persona, família o grup al que van a dirigir la seua cura. Informació que permeta una atenció personalitzada i holística. Així doncs, els professionals infermers i infermeres necessiten desenvolupar la capacitat de comunicació.</p> <p>Components:</p> <p>Reconèixer la necessitat de comunicar-se per poder tenir cura de les persones. Reconèixer la sensibilitat de les informacions que les infermeres obtenim durant el procés de cures. Identificar possibles limitacions per a la comunicació. Valorar positivament la comunicació respectuosa amb el pacient. Reconèixer que qualsevol informació sobre la persona, la família el grup o la comunitat pot ser necessària per poder tenir cura. Actuar mostrant el respecte i la consideració que ha de tenir qualsevol informació obtinguda en el procés de cures.</p>

Actitud cap a l'empoderament del pacient	<p>Els usuaris del sistema sanitari són individus autònoms, amb capacitat per prendre decisions i responsables de la seua salut. Així doncs, els professionals hauran de treballar per fer possible l'empoderament de la persona, la família i/o la comunitat. Les situacions de malaltia poden generar estats de dependència i com afirma Cortina (Arroyo Gordo, Cortina Orts, Torralba Madrid, &amp; Zugasti Cabrillo, 1997) (pàg. 68), la situació en la que una persona depèn d'altres no és humanament desitjable. És fonamental ajudar a la persona a viure la seua autonomia en tot allò referent a la prevenció de la malaltia i/o recuperació de la salut. Per aconseguir aquest empoderament és necessari l'educació per a la salut.</p> <p>Components:</p> <p>Reconèixer l'autonomia de les persones i la seua capacitat per fer-se càrrec de la seua salut. Reconèixer el paper que desenvolupen les infermeres com a promotores d'aquesta autonomia mitjançant l'educació per a la salut. Valorar el compromís de les infermers en l'educació per a la salut. Mostrar la percepció que tenen les infermeres d'aquesta responsabilitat en funció del lloc de treball. Evidenciar el compromís amb l'educació per a la salut mitjançant l'activitat pràctica.</p>
--	--

Actitud cap a la competència tècnica	<p>La tècnica no és solament la que dota de caràcter professional l'acció de tenir cura. L'habilitat tècnica és una més de les habilitats específiques de la professió infermera i haurà de ser dominada si volem apropar-nos a l'excel·lència professional.</p> <p>Components:</p> <p>Reconèixer que les tècniques són instruments per desenvolupar la cura de les persones, famílies, grups i comunitat i per tant no són la finalitat de l'actuació infermera sinó un mitjà per aconseguir l'excel·lència professional. Valorar la importància de la competència tècnica en la determinació de la qualitat professional d'un infermer i d'una infermera. Valorar en quina mesura la competència tècnica és una prioritat per als infermers i les infermeres.</p>
Actitud cap a l'autoestima professional	<p>Tenir una raonable confiança en sí mateix. L'estima de sí, com assenyala Domingo (Domingo Moratalla, 2013) (pàg. 91), tot i que no ha de confondre's amb l'amor propi, és tan important com ho és la preocupació per l'altre. Tant és així que no és possible tenir disponibilitat cap els altres sinó la tenim cap a nosaltres mateix.</p> <p>Components:</p> <p>Reconèixer el paper que té l'autoestima professional en el desenvolupament de la tasca de tenir cura de la salut de les persones. Determinar el sentiment d'autoestima professional. Identificar en quina mesura l'entorn social condiciona l'autoestima professional dels infermers i les infermeres. Mostrar en quina mesura el comportament en la pràctica de les cures està condicionat per l'autoestima professional.</p>

## Annex 5. Informe favorable del Comitè Ètic d'Investigació en Humans de la Universitat de València

VNIVERSITAT  
 VALÈNCIA Vicerectorat d'Investigació

PEDRO JESÚS PÉREZ ZAFRILLA, Presidente del Comitè Ètic de Investigació en Humans de la Comisión de Ètica en la Investigación Experimentación de la Universitat de València,

### CERTIFICA:

Que el Comitè Ètic de Investigació en Humans, en su reunió extraordinaria del día 21 de mayo de 2020, una vez estudiado el proyecto de tesis doctoral titulado "Diseño y validación de un cuestionario para medir las actitudes necesarias para cuidar la salud de las personas", cuyo responsable es D. BERNARDO GARGALLO LÓPEZ, como director de Dña. MARÍA AMPARO BENAVENT GARCÉS, con número de procedimiento 1243193,

acordó informar FAVORABLEMENTE el mismo.

Y para que conste, se firma el presente certificado.



Carrer: Blasco Ibàñez, 13  
 VALÈNCIA 46071  
 Telèfon: (96) 386 40 39  
 e-mail: vicerec.investigacio@uv.es