

## Autoconfianza para intervención en emergencia: adaptación y validación cultural de la *Self-confidence Scale* en estudiantes de enfermería

José Carlos Amado Martins<sup>1</sup>  
Rui Carlos Negrão Baptista<sup>2</sup>  
Verónica Rita Dias Coutinho<sup>2</sup>  
Alessandra Mazzo<sup>3</sup>  
Manuel Alves Rodrigues<sup>4</sup>  
Isabel Amélia Costa Mendes<sup>5</sup>

Objetivo: efectuar la adaptación cultural y validación de una versión portuguesa de la *Self-confidence Scale*. Método: estudio descriptivo, exploratorio, de investigación metodológica, de adaptación y validación de instrumento de medida. Fueron seguidas las etapas de traducción, síntesis, retro traducción, revisión, pre-prueba y evaluación semántica. La evaluación fue desarrollada con 178 estudiantes del Curso de Licenciatura en Enfermería. Fueron respetados los principios éticos. Resultados: el análisis de consistencia interna de la escala revela buenos valores de Alpha (0,92 global y superiores a 0,83 para las diferentes dimensiones). El análisis factorial muestra una solución con tres factores que poseen significado racional. Conclusión: La escala es fácil de responder y comprender. Con base en los resultados alcanzados, podemos afirmar que la escala revela buenas propiedades psicométricas, con elevado potencial para utilización en investigaciones futuras.

Descriptores: Autoconfianza; Simulación de Paciente; Enfermería de Urgencia.

<sup>1</sup> Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becario de la Fundação para a Ciência e Tecnologia, Portugal. Profesor Coordinador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

<sup>2</sup> Estudiante de doctorado, Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade do Porto, Porto, Portugal y Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Profesor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Coordinador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

José Carlos Amado Martins  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
Av. Bissaya Barreto, Apartado 7001  
3046-851, Coimbra, Portugal  
E-mail: jmartins@esenfc.pt

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

Ante una situación de emergencia, uno de los factores que puede influenciar el inicio rápido y adecuado de la intervención de enfermería es la autoconfianza del profesional presente en el momento en que ocurre. La organización de los cuidados hace del enfermero el elemento central en ese proceso.

Cuando un enfermero termina su curso de pregrado, debe haber adquirido los conocimientos y competencias, entre otras, para la identificación de los signos y síntomas, la evaluación del paciente de forma rápida y sistematizada, implementación de las intervenciones considerándolas por prioridades, y también la evaluación del resultado de las intervenciones. Sólo así se logrará alta calidad en la respuesta de las intervenciones, en situaciones complejas como una parada cardiorrespiratoria, lo que puede duplicar o triplicar la sobrevivencia del enfermo<sup>(1)</sup>.

Para tal, la formación de los estudiantes no depende solamente de la casuística encontrada durante los varios períodos de enseñanza clínica. Las escuelas deben reinventarse, utilizando estrategias pedagógicas innovadoras, que desarrollen competencias en los estudiantes que les permitan actuar en ambientes de alta complejidad, donde la toma de decisión surja sustentada en evidencias científicas y derivada de un juicio clínico fácil, estructurado y fluido, con altos niveles de autoconfianza. Las estrategias pedagógicas deberán facilitar la construcción integradora del conocimiento, la observación reflexiva y la experimentación a través de la inmersión en la realidad<sup>(2)</sup>, de manera que transmitan seguridad a los varios actores<sup>(3)</sup>.

Cuando incluido en los planes de estudio de las escuelas de enfermería, la enseñanza por simulación es una forma utilizada para lograr el desarrollo de esas competencias. Un plan de estudios bueno, que incluye la simulación, puede contribuir hacia la formación de mejores enfermeros, capaces de intervenir en situaciones complejas, de tomar decisiones acertadas centradas en cada persona y basadas en evidencias científicas, de trabajar en equipo y de buscar activamente la actualización de sus conocimientos y competencias, entre otros. O sea, prepara personas que saben (el saber es considerado en sus diferentes dimensiones acá), que saben lo que saben y que saben todo lo que todavía pueden aprender.

Se observa que no se defiende la substitución de la experiencia clínica por la experiencia clínica simulada. El contacto con personas reales permite aprendizajes inigualables. La principal ventaja de la práctica simulada es ofrecer, en el proceso de enseñanza y aprendizaje, un ambiente seguro para el estudiante, el docente y el

enfermo, además de su poder de anticipar situaciones raras y/o complejas<sup>(3)</sup>.

Es en ese contexto que la evaluación de la autoconfianza para la intervención en una situación de urgencia es algo con elevado potencial de utilidad. Ante el expuesto, la finalidad de este artículo fue efectuar la adaptación cultural y validación de una versión portuguesa de la *Self-confidence Scale*.

La autoconfianza, también descrita como auto-eficacia, siempre es relativa a un comportamiento o tarea<sup>(4)</sup>. La confianza es una actitud, frecuentemente relacionada con experiencias repetidas y con la percepción realista de las debilidades y potencialidades individuales.

La confianza es una variable importante en la formación de enfermeros<sup>(5)</sup>. Estudiantes con mayores niveles de autoconfianza tienen mayores probabilidades de ser exitosos en sus intervenciones, ya que logran más fácilmente testar y utilizar sus competencias<sup>(5)</sup>. Incluso con conocimientos y habilidades adecuados, los enfermeros son generalmente reacios en iniciar determinadas intervenciones, excepto cuando se sientan confiados para tal<sup>(6)</sup>.

Según la teoría de auto-eficacia<sup>(4)</sup>, los individuos con mayor sentido de auto-eficacia o autoconfianza están más disponibles para aceptar retos y se recuperan más rápidamente del fracaso<sup>(5)</sup>.

El desarrollo de autoconfianza es el componente principal para la toma de decisiones acertadas en contexto clínico y para los procesos de juzgamiento asociados<sup>(7)</sup>. Varios estudios muestran que la autoconfianza para respuesta en emergencias aumenta cuando están presentes factores como la práctica repetida<sup>(5)</sup> y la formación por simulación<sup>(3,5,8-15)</sup>.

De hecho, la utilización de la simulación como estrategia de enseñanza/aprendizaje revela diferentes beneficios para los alumnos, destacándose el desarrollo de conocimientos y competencias para el juicio clínico, el establecimiento de prioridades, la toma de decisión, la práctica de acciones correctas, el trabajo en equipo y la corrección de errores sin perjuicio a los enfermos; y asociados a todos esos, los beneficios en los niveles de autoconfianza<sup>(3)</sup>. Otros estudios<sup>(16-17)</sup>, centrados en resultados relacionados a la utilización de simulación de alta fidelidad, también relatan beneficios en el nivel de autoconfianza.

En la intervención en emergencia, estudios también demuestran la importancia de la autoconfianza. Por ejemplo, respecto a la relación entre la autoconfianza y la capacidad de los enfermeros reconocer y responder adecuadamente a una situación de emergencia<sup>(7)</sup>, o relativamente a la intervención de emergencia en trauma,

los mejores resultados en los niveles de autoconfianza de los alumnos sometidos a formación con simulación, cuando comparados con aquella de otros que solamente participan en formación del tipo seminario<sup>(8)</sup>. O, además, como un programa estructurado de formación por simulación mejora la confianza de los alumnos para identificar señales de deterioro en un paciente<sup>(18)</sup>.

Cuando se analizan los errores más comunes que ocurren durante la reanimación cardiorrespiratoria de un enfermero y sus causas, se percibe que, en varios enfermeros, el error surge relacionado a los altos niveles de ansiedad y baja autoconfianza<sup>(19)</sup>.

Un estudio mostró que se puede transferir a la práctica la relación entre la autoconfianza y los resultados de intervención en emergencia<sup>(11)</sup>.

Sin embargo, todavía no existe evidencia científica de la eficacia de la práctica simulada. Se sabe que contribuye para aumentar la autoconfianza cuando comparada con una formación solamente teórica, pero no existen diferencias estadísticamente significativas cuando comparada con la práctica clínica<sup>(5)</sup>. En el mismo estudio<sup>(5)</sup>, la práctica simulada no contribuyó significativamente hacia mayor retención de conocimiento y, respecto al desempeño clínico, la combinación de práctica clínica y simulación alcanzó mejores resultados que cualquier de los dos individualmente.

## Objetivo

Efectuar la adaptación cultural y validación de una versión portuguesa de la *Self-confidence Scale*.

## Método

Estudio metodológico, de adaptación y validación de instrumento de medida. Para el estudio, se estimó un número mínimo de 120 participantes, cumpliendo con la meta de 10 participantes por cada ítem de la escala<sup>(20)</sup>. La muestra abarca a 178 estudiantes (56% de la población) que cumplieron con los criterios de inclusión: haber participado en las clases prácticas de Enfermería en Emergencias y aceptar participar voluntariamente en la investigación. Más que tres cuartos (76,8%) de los participantes eran mujeres. El promedio y la mediana de las edades correspondieron a 22 años, siendo la moda de 21 años, con variación entre los 20 y 32 años. El desvío estándar es de 1,9 años. La mayoría (59,1%) de los estudiantes participó activamente de la experiencia clínica simulada con escenario desarrollado en simulador de alta-fidelidad. Los restantes participaron en dos (19,9%), tres (5,5%) o más (5,1%) experiencias clínicas simuladas (19 estudiantes no respondieron a esta pregunta).

Según las respuestas de los estudiantes, el tiempo medio para responder a la *SCSvp* fue de tres minutos y medio.

La *Self-confidence Scale* (SCS) fue desarrollada por Frank Hicks en 2006 y su versión publicada surge en el trabajo de Hicks, Coke y Li, en 2009<sup>(5)</sup>. La finalidad central en el desarrollo de la SCS fue evaluar la variable autoconfianza, subdividida en cuatro dimensiones. La escala consiste en una lista de doce ítem con respuestas tipo Likert con cinco posibilidades: "nada confiado", "poco confiado", "confiado", "muy confiado" y "extremamente confiado". Los diferentes ítem identifican la capacidad del estudiante para: (1) reconocer señales y síntomas de alteraciones en las referidas áreas, (2) evaluar con precisión el enfermo, (3) intervenir apropiadamente y (4) evaluar la eficacia de las intervenciones implementadas, en las áreas respiratoria, cardíaca y neurológica.

Para la adaptación del instrumento fueron seguidas las siguientes etapas<sup>(21)</sup>:

- Traducción del instrumento para portugués por tres de los autores, con fluencia en la lengua inglesa, uno entre ellos con profundos conocimientos teórico y clínico relativamente a la intervención en emergencias;
- Síntesis de las traducciones para un único documento;
- Revisión por dos peritos en inglés/portugués que no introdujeron alteraciones;
- Retroversión por peritos en inglés/portugués (se verificó concordancia conceptual y semántica próxima de los 100,0%);
- Revisión de las traducciones por panel de peritos (los investigadores y cuatro enfermeros que practican actividades en el área de emergencia de un hospital universitario portugués, con experiencia en formación y proyectos universitarios). Ante la simplicidad del instrumento y la claridad de las sentencias, la concordancia conceptual, cultural, semántica e idiomática correspondió a prácticamente 100,0%.
- Formateo para el aspecto gráfico original, manteniendo las cinco hipótesis de respuesta;
- Pre-prueba. La pre-prueba se realizó con 45 estudiantes, en enero del 2011, para verificar la comprensión del cuestionario por los participantes, sin la necesidad de modificaciones. El tiempo medio referido como necesario para responder al cuestionario fue de cuatro minutos. A la versión portuguesa fueron añadidas las iniciales *vp* (*versão portuguesa*).

Para el estudio, se estimó un número mínimo de 120 participantes, cumpliendo con la meta de 10 participantes por cada ítem de la escala<sup>(21)</sup>.

Los datos fueron recolectados a través de cuestionario, aplicado en abril del 2011 a estudiantes del cuarto año del

curso de licenciatura en enfermería de la *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (ESEnfC), tras 18 horas de prácticas de laboratorio por simulación, dentro de la unidad curricular de Enfermería en Emergencias.

Las clases prácticas fueron llevadas a cabo en el Centro de Simulación, en períodos de tres horas por semana, y utilizaron como estrategia la solución de escenarios completos en ambiente realista, con grado de dificultad creciente. En cada período, los estudiantes participaban en promedio (activamente o como observadores) en seis escenarios: dos escenarios de pediatría (uno con simulador de alta fidelidad y otro con simulador de media fidelidad) y cuatro escenarios de adulto (dos con simulador de alta fidelidad y dos con simulador de media fidelidad). Para solucionar los escenarios, los estudiantes tuvieron a su disposición materiales y equipos realistas. Fueron utilizados simuladores de paciente de media fidelidad (maniqués de soporte avanzado de vida Megacod® adulto y Júnior, con VitalSim®, de Laerdal®) y de alta fidelidad (iStan® (adulto) y PediaSim® (Júnior) de Meti®).

Participaron de las clases todos los estudiantes registrados en la unidad curricular, totalizando 318. En esta fase del curso, los estudiantes todavía no habían hecho pasantía en servicio de urgencia, pero posiblemente tuvieron algún tipo de contacto con enfermos en situación crítica, en las otras clínicas utilizadas en las prácticas de enseñanza.

Se obtuvo la autorización del autor de la versión original de la SCS, Dr. Frank Hicks.

La investigación hace parte del Proyecto "Simulación en la Educación de Enfermería", hospedado en la Unidad

de Investigación en Ciencias de la Salud – Enfermería, de la ESEnfC. El proyecto fue evaluado por la Comisión de Ética de la misma Unidad de Investigación, con opinión positiva (P 01-09/2010) y autorizado por la Presidente de la Escuela.

Fueron explicados a los estudiantes personalmente los objetivos de la investigación y el carácter voluntario de su participación. Las respuestas fueron dadas después de los momentos formales de evaluación de la unidad curricular, garantizándose la no relación de las respuestas de los cuestionarios con la evaluación de los estudiantes. Fue utilizado formulario de consentimiento escrito.

### Análisis de los datos

Los datos fueron analizados a través del programa SPSS (versión 19 para Windows). Para todas las pruebas fue asumido el valor de  $p < 0,05$  como valor crítico de significancia.

Las respuestas a los diferentes ítem fueron valoradas de 1 ("nada confiado") a 5 ("extremamente confiado").

### Resultados

La matriz reveló valores de correlación variables entre 0,35 y 0,80, con valores de  $p < 0,001$ . Se encontró alta correlación entre prácticamente todos los ítem y el total de la escala, lo que muestra su buen funcionamiento como un todo y contribuye al elevado coeficiente de *Alpha* (0,918). Además, podemos constatar que todos los ítem contribuyen al buen valor de *Alpha*, y que la escala sería perjudicada con la eliminación de cualquier uno de esos.

Tabla 1 - Estadísticas de homogeneidad de los ítem y coeficientes de consistencia interna de Cronbach de la SCSvp (N=178). Coimbra, Portugal, 2011

Ítem	Promedio	Desvío Estándar	Correlación con el total (corregido)	Alpha si el ítem fuera eliminado
1	3,34	0,55	0,56	0,915
2	3,56	0,54	0,58	0,914
3	3,02	0,67	0,63	0,912
4	3,32	0,67	0,69	0,909
5	3,63	0,62	0,69	0,910
6	3,23	0,76	0,64	0,913
7	3,17	0,68	0,70	0,909
8	3,56	0,63	0,69	0,910
9	3,06	0,69	0,70	0,909
10	3,24	0,61	0,67	0,910
11	3,48	0,63	0,70	0,909
12	4,19	0,65	0,71	0,909

Alpha de Cronbach (32 ítem): 0,964

Los altos coeficientes de consistencia interna estimularon el análisis del constructo. Aunque la escala estaba dividida de forma racional en cuatro dimensiones en la versión original, se trató de analizar la adecuación de esta división a la población mediante el análisis factorial con rotación ortogonal *Varimax* con normalización de Kaiser<sup>(22-23)</sup>.

Como criterio de adecuación del análisis factorial, fueron utilizadas las pruebas de *Kaiser-Meyer Olkin*

(KMO) (0,867), cuyo valor recomienda el análisis factorial y la prueba de esfericidad de *Bartlett* ( $\chi^2=1390,084$  con  $p<0,001$ ), cuyo valor muestra que las variables son relacionables<sup>(22)</sup>. La solución que se presenta propuso la división de los ítem en tres factores que explican, totalmente, el 71,4% de la variancia. Las cargas factoriales por los tres factores se pueden observar en la Tabla 2.

Tabla 2 - Matriz de saturación de los ítem en los factores para la solución rodada ortogonal de tipo *Varimax* con normalización de Kaiser (N=178). Coimbra, Portugal, 2011

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. <i>Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento cardíaco?</i>		0,322	0,594
2. <i>Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento respiratório?</i>	0,428	0,575	
3. <i>Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento neurológico?</i>	0,817		
4. <i>Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com dor torácica?</i>			0,746
5. <i>Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com dispneia?</i>		0,833	
6. <i>Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com alteração do estado mental?</i>	0,759		
7. <i>Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com dor torácica?</i>			0,845
8. <i>Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com dispneia?</i>		0,834	0,307
9. <i>Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com alteração do estado mental?</i>	0,763		
10. <i>Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com dor torácica?</i>			0,870
11. <i>Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com dispneia?</i>		0,732	0,383
12. <i>Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com alteração do estado mental?</i>	0,705		

Nota: Omitidos los *eigenvalues* inferiores a 0,30

En el análisis de la distribución de los ítem, se verificó que el agrupamiento propuesto matemáticamente divide la escala en tres dimensiones, con ítem dirigidos a la respiración, la circulación y la disfunción neurológica. A pesar de que la solución propuesta no satisface la solución establecida en la versión original por el autor de la escala, también tiene significado racional, dividiendo los ítem en las áreas respiratoria, cardíaca y neurológica y agrupando en cada una de estas dimensiones la identificación de señales y síntomas de gravedad, la evaluación del paciente, la intervención y la evaluación de los resultados asociados a la intervención implementada.

Así, la *SCSvp* incluye tres factores. El factor 1, que abarca los ítem relacionados con la dimensión "disfunción neurológica" de la escala; el factor 2, que incluye los ítem relacionados con la dimensión "respiración" de la escala; y el factor 3, que incluye los ítem relacionados con la dimensión "circulación" de la escala. La Tabla 3 muestra los valores de alfa para cada una de las dimensiones, verificándose que, a pesar del bajo número de ítem, los valores de alfa son elevados.

Tabla 3 - valores de Alfa para cada uno de los factores y para la *SCSvp* global (N=178). Coimbra, Portugal, 2011

Factor (dimensión)	Nº de ítem	Alfa de Cronbach
Factor 1 (disfunción neurológica)	4	0,866
Factor 2 (respiratoria)	4	0,858
Factor 3 (cardíaca)	4	0,836
Global <i>SCSvp</i>	12	0,918

La variancia explicada por los tres factores corresponde al 26,8%, 23,1% y 21,4%, respectivamente.

La correlación mutua de esos tres factores y con lo global es alta y estadísticamente muy significativa, conforme se puede observar en los resultados mostrados en la Tabla 4.

En la Tabla 5, se puede observar los valores estadísticos descriptivos para la escala global y cada uno de sus factores. Globalmente, se verifica que los estudiantes están auto-confiados, aunque de forma modesta, respecto a sus capacidades para intervención en una situación de emergencia. Con variación posible entre uno y cinco, el promedio

corresponde a 3,32 puntos, mientras la mediana se sitúa justo por encima lo que, en combinación con los percentiles, significa que las respuestas variaron mayoritariamente entre la apreciación de “confiado” y “muy confiado”. La dimensión que mereció las mejores

apreciaciones fue la relativa a los cuidados relacionados a la respiración del enfermo en situación de urgencia y la dimensión menos valorada fue la de los cuidados relacionados a disfunción neurológica en una situación de urgencia.

Tabla 4 - Matriz de correlaciones de *Pearson* entre los factores y la SCSvp global (N=178). Coimbra, Portugal, 2011

	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Factor 1 (disfunción neurológica)			0,602	0,000	0,627	0,000	0,868	0,000
Factor 2 (respiratoria)	0,602	0,000			0,679	0,000	0,863	0,000
Factor 3 (cardíaca)	0,627	0,000	0,679	0,000			0,877	0,000
Global SCSvp	0,868	0,000	0,863	0,000	0,877	0,000		

Tabla 5 – Estadísticas descriptivas de los factores y de la SCSvp global (N=178). Portugal, 2011

SCSvp Estadísticas	Factor 1 (disfunción neurológica)	Factor 2 (respiratorio)	Factor 3 (cardíaco)	SCSvp Global
Promedio	3,12	3,55	3,26	3,32
Mediana	3,00	3,50	3,25	3,33
Moda	3,00	4,00	3,00	3,00
Desv. Estándar	0,59	0,51	0,52	0,47
Variancia	0,34	0,26	0,28	0,22
Mínimo	1,50	2,00	2,00	2,00
Máximo	5,00	5,00	4,75	4,50
Percentiles				
25	2,75	3,00	3,00	3,00
50	3,00	3,50	3,25	3,33
75	3,50	4,00	3,75	3,67

## Discusión

Los resultados encontrados son promisorios respecto al potencial de utilización de la SCSvp. Una de las ventajas es la simplicidad y claridad de los ítem y su relación con las principales prioridades para la intervención en situación de urgencia. La escala es de respuesta simple y rápida, y sus ítem abarcan los principales aspectos para una intervención de calidad en una situación de urgencia. Esa simplicidad facilitó el proceso de traducción y de validez de contenido y semántica.

Los altos valores de consistencia interna son un buen indicador del comportamiento de la escala como un todo. Los valores encontrados están cercanos del estudio original<sup>(5)</sup>, con coeficientes de Alfa de 0,93 y 0,96 en la pre y post-prueba, respectivamente.

En la escala original, la división por dimensiones se hizo de manera racional. El autor dividió en cuatro dimensiones, relativas a la identificación de señales y síntomas, la evaluación del enfermo, la intervención y la evaluación de la eficacia de las intervenciones implementadas. Cuando

intentamos la división matemática de la escala a través de análisis factorial, la solución propuesta divide la escala en tres dimensiones que explican el 71,9% de la variancia. El significado racional de la solución propuesta por el análisis factorial es un buen indicador<sup>(21)</sup>, que refuerza la validez de constructo de la escala. La saturación de los ítem de forma evidente en uno de los factores es un buen indicador de validez convergente-discriminante, ya que sugiere que el ítem mide el mismo constructo de la dimensión a que pertenece y no a otro<sup>(21)</sup>.

Los altos coeficientes de Alfa en cada una de las dimensiones (superiores a 0,83) y la alta correlación de las dimensiones unas con las otras y de cada una con la escala global también son indicadores que confirman la robustez de constructo.

Los valores alcanzados por el análisis descriptivo muestran valores de autoconfianza superiores al punto medio en las diferentes dimensiones y en la escala global, con valores más elevados de autoconfianza en la dimensión “respiración” y más bajos en la dimensión “disfunción neurológica”. Estas diferencias se explican



por el propio nivel de dificultad de la evaluación e intervención en cada una de las dimensiones y son también un indicador positivo del carácter discriminador de las dimensiones.

## Conclusiones

La autoconfianza para la intervención de una situación de urgencia es un indicador de la pro-actividad de los enfermeros. Para intervenir en una situación de urgencia, en que cada segundo es importante, es fundamental que el enfermero se sienta confiado de que es capaz de actuar de manera adecuada, so pena de que una baja autoconfianza se traduzca en atrasos en el socorro, mayores niveles de ansiedad y mayor número de errores.

La práctica simulada es una estrategia que puede aumentar la autoconfianza para intervenir en una situación de urgencia.

La *Self-confidence Scale* mostró buenas propiedades psicométricas, lo que revela el alto potencial de utilización de la SCSvp, sea en investigaciones, sea como herramienta de evaluación de la calidad del trabajo desarrollado por los formadores en contexto de formación por simulación.

Las limitaciones, tales como la especificidad de la muestra, y el contexto (también específico) deben ser consideradas en estudios futuros, y también la falta de estudio de validez concurrente y de prueba-reprueba, para consolidar la validez de la SCSvp, y también para reforzar su potencial de utilización.

## Referencias

- Almeida A, Araújo I, Dalri M, Araujo S. Theoretical knowledge of nurses working in non-hospital urgent and emergency care units concerning cardiopulmonary arrest and resuscitation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):261-8.
- Paranhos V, Mendes M. Competency-based curriculum and active methodology: perceptions of Nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(1):109-15.
- Martins J, Mazzo A, Baptista R, Coutinho V, Godoy S, Mendes I. et al. The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):619-25.
- Bandura A. Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *J Personal Soc Psychol*. 1983; 45(2):464-9.
- Hicks F, Coke L, Li S. Report of findings from the effect of high-fidelity simulation on Nursing students' knowledge and performance: a pilot study. *Res Brief*. 2009; [acesso 12 dez 2012];40. Disponível em: [https://www.ncsbn.org/09\\_SimulationStudy\\_Vol40\\_web\\_with\\_cover.pdf](https://www.ncsbn.org/09_SimulationStudy_Vol40_web_with_cover.pdf)
- Maibach E, Schieber R, Carroll M. Self-efficacy in pediatric resuscitation: Implications for education and performance. *Pediatrics*. 1996;97(1):94-9.
- Buckley T, Gordon C. The effectiveness on high fidelity simulation on medical-surgical registered nurses' ability to recognize and respond to clinical emergencies. *Nurse Educ Today*. 2011;31(7):716-21.
- Gordon C, Buckley T. The effect of high-fidelity simulation training on medical-surgical graduate nurses' perceived ability to respond to patient clinical emergencies. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40(11):491-8.
- Bambini D, Washburn J, Perkins R. Outcomes of clinical simulation for novice nursing students: communication, confidence, clinical judgment. *Nurs Educ Res*. 2009;30(2):79-82.
- Blum C, Borglund S, Parcels D. High-fidelity nursing simulation: impact on student self-confidence and clinical competence. *Int J Nurs Educ Scholarship*. 2010 [acesso 12 dez 2012]; ;7(1). Disponível em: <http://www.bepress.com/ijnes/vol7/iss1/art18>
- Buykx P, Kinsman L, Cooper S, McConnell-Henry T, Cant R, Endacott R, et al. FIRST2ACT: Educating nurses to identify patient deterioration – a theory-based model for best practice simulation education. *Nurse Educ Today*. 2011;31(7):687-93.
- Griswold S, Ponnuru S, Nishisaki A, Davenport M, Deutsch E, Nadkarni V. The emerging role of simulation education to achieve patient safety: translating deliberate practice and debriefing to save lives. *Pediatric Clin North Am*. 2012;59(6):1329-40.
- Gordon J, Buckley T. The effect of high-fidelity simulation training on medical-surgical graduate nurses' perceived ability to respond to patient clinical emergencies. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40(11):491-8.
- Hope A, Garside J, Prescott, S. Rethinking theory and practice: pre-registration student nurses experiences of simulation nteaching and learning in the acquisition of clinical skills in preparation for practice. *Nurse Educ Today*. 2011;31(7):711-5.
- Jeffries P. Simulation in nursing education from conceptualization to evaluation. New York: National League for Nursing; 2007
- Solnick A, Weiss S. High fidelity simulation in nursing education: a review of the literature. *Clin Simulation Nurs Educ*. 2007;3(1):41-5.
- Bland A, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2011;31(7):664-70.
- Buylks P, Kinsman L, Cooper S, McConnell-Henry T, Cant R, Endacott R, et al. FIRST2ACT: educating nurses

to identify patient deterioration – a theory-based model for best practice simulation education. *Nurse Educ Today*. 2011;31(7):687-93.

19. Strzyzewski N. Common errors made in resuscitation of respiratory and cardiac arrest. *Plastic Surgical Nurs*. 2006;26(10):10-4.

20. Ribeiro J. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores; 1999.

21. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Am Acad Orthop Surgeons*. 2007;3-13.

22. Maroco J. *Análise estatística com utilização do SPSS*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.

23. Blunch N. *Introduction to structural equation modelling using SPSS and AMOS*. London: Sage; 2008.