

Desarrollo y validación de la Escala Axiológica de Hospitalidad para la Humanización de la Enfermería

José María Galán González-Serna¹
Soledad Ferreras-Mencia²
Juan Manuel Arribas-Marín²







Objetivo: desarrollar y validar una escala que permita evaluar la actitud enfermera ante la hospitalidad para la humanización de enfermería. Participantes: la muestra la componen 499 profesionales de enfermería y estudiantes de los dos últimos niveles académicos de la titulación de Grado en Enfermería. Método: mediante abordaje metodológico, se ha desarrollado y validado un instrumento para evaluar valores éticos relacionados con la hospitalidad. Posteriormente, se ha formulado un modelo de medida de las dimensiones que conforman el constructo hospitalidad. Resultados: la Escala Axiológica de la Hospitalidad ha mostrado una alta consistencia interna, con un Alfa de Cronbach=0.901. La validación del instrumento de medida se realizó mediante las técnicas de análisis factorial, exploratorio y confirmatorio, que presentaron unos buenos índices de bondad de ajuste. Conclusiones: el instrumento desarrollado ha presentado una adecuada validez y una alta consistencia interna. Sus adecuadas propiedades psicométricas permiten afirmar que la escala aporta una medición fiable de la hospitalidad. También ha permitido determinar las dimensiones o fuentes que la conforman: el respeto, la responsabilidad, la calidad y el cuidado transpersonal.

Descriptores: Humanización de la Atención; Acogimiento; Bioética; Psicometría; Análisis Factorial; Enfermería.

¹ PhD, Investigador, Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla, Bormujos, Sevilla, España.

² PhD, Profesor Titular, Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, Universidad Pontificia Comillas, Ciempozuelos, Madrid, España.

Cómo citar este artículo

Galán González-Serna JM, Ferreras-Mencia S, Arribas-Marín JM. Development and validation of the Hospitality Axiological Scale for Humanization of Nursing Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2919. [Access   ]; Available in:   . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1767.2919>.

URL

mes día año

Introducción

La hospitalidad es un valor ético que guía la actuación de la profesión enfermera, con la finalidad de lograr una adecuada atención de los pacientes, proporcionándoles cuidados de calidad y confort⁽¹⁾. Es también un valor imprescindible para la adaptación de los individuos a su estancia en hospitales o en cualquier área donde se lleva a cabo el cuidado de la salud⁽²⁾. La hospitalidad o acogimiento se ha relacionado empíricamente con la humanización de los cuidados⁽³⁻⁴⁾. Supone una actitud altruista basada en una comprensión humanitaria del ejercicio de la profesión enfermera comprometida con el cuidado transpersonal⁽⁵⁾.

Se ha sugerido que la hospitalidad está influenciada por varios factores como el comportamiento, el producto y el ambiente y, de éstos, se han señalado como los más importantes aquellos que se relacionan con el comportamiento⁽⁶⁾. El acogimiento u hospitalidad representa, en términos teóricos, un avance sustancial hacia la humanización del cuidado de la salud, ya que ofrecer actos de hospitalidad es importante para el proceso de curación⁽⁷⁾. La aplicación en la práctica asistencial tanto de la ética de la hospitalidad de Derrida, como de la ética de la alteridad propuesta por Levinas, constituye una posibilidad de incrementar la calidad moral en las relaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes⁽⁸⁾. Sin embargo, todavía queda mucho por aclarar del constructo teórico de hospitalidad para que se defina conceptualmente en toda su plenitud, por lo que el mundo académico debe dar su contribución a este proceso mediante la promoción de estudios sobre el tema y la difusión de los resultados a la sociedad⁽⁹⁾.

El modelo de enfermería basado en la tradición emanada de la figura de San Juan de Dios⁽¹⁰⁾ va más allá de la comprensión que otros autores han tenido del acogimiento o de la hospitalidad en el ámbito de la salud y la enfatiza como el paradigma de acogimiento que enmarca un conjunto de subvalores necesarios para una atención humanizada al paciente: respeto, responsabilidad, calidad y espiritualidad. La filosofía humanística y antropológica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD) posee una clave fundamental en el valor hospitalidad, pues para ella este término significa alteridad o humanización de las relaciones personales de los profesionales y también de los enfermos, así como de la colectividad social, es decir la preocupación hacia el otro. La hospitalidad para la OHSJD significa acogida, apoyo efectivo de carácter físico, moral, psíquico y social, valorando las múltiples facetas de las necesidades humanas⁽¹¹⁾.

La cultura de una institución está basada en los valores que en ella se plasman en la realidad de

su funcionamiento y dinamismo. En otros estudios anteriores se ha mostrado cómo es posible estimar la utilidad axiológica de valores profesionales contenidos en códigos deontológicos sanitarios a través de escalas tipo Likert⁽¹²⁻¹³⁾. El resultado de esta estimación informa sobre el sistema de valores compartidos de un grupo y cómo éste enfatiza a unos valores por delante de otros además de cómo los miembros del grupo relacionan a los diferentes valores expresando factores axiológicos subyacentes.

El objetivo de este trabajo es validar una escala en la que profesionales y estudiantes de Enfermería asumen el valor de la hospitalidad o acogimiento como un constructo paradigmático conformado por factores axiológicos subyacentes en diversas dimensiones o factores que la caracterizan.

Método

Participantes y procedimiento

Previamente a su inicio, el Comité Institucional de Bioética de la OHSJD aprobó el estudio con el dictamen número 20101109a. La Escala Axialógica de la Hospitalidad (EAH) fue administrada a 499 profesionales de cinco Hospitales de San Juan de Dios del centro y sur de España, en las ciudades de Sevilla, Málaga, Ciempozuelos (Madrid) y Santa Cruz de Tenerife, y a estudiantes del Grado en Enfermería de dos centros universitarios promovidos por la OHSJD, uno de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid y otro de la Universidad de Sevilla. Los participantes lo hicieron de forma voluntaria y anónima. El 52.6% eran profesionales de enfermería, el 21.8% estudiantes de tercer curso y el 25.6% de cuarto curso de Grado en Enfermería. La edad promedio de los profesionales participantes fue de 32.91 años en una franja de entre 22 y 58 años, y la media de edad de los estudiantes fue de 24,11 años, en una franja de entre 20 y 46 años. En cuanto al género, 402 fueron mujeres (77.5%) y 117 hombres (22.5%). Los sujetos respondieron de manera voluntaria en el periodo desde el año 2011 al 2015.

Desarrollo del instrumento

La propuesta de ítems se realizó mediante una revisión de la fundamentación teórica del constructo y de instrumentos específicos para la medida de los valores relacionados con la hospitalidad. Ésta se presentó a un grupo focal de expertos. El prototipo resultante, compuesto por 30 ítems, se administró a la muestra del estudio. En esta versión, se optó por evaluar los indicadores mediante una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 0 equivaldría a "ninguna importancia" y 7 a

“máxima importancia”. A partir del análisis de los datos y los resultados obtenidos se procedió al estudio de la fiabilidad y la validez de la escala.

Análisis

La validación del instrumento de medida se realizó en una primera etapa mediante las técnicas de análisis de fiabilidad y de análisis factorial de componentes principales. Se seleccionaron aquellos indicadores que conceptualmente más se ajustaban a los significados teóricos del constructo planteado. A continuación, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de primer orden, para identificar las posibles dimensiones que conceptualmente se encuentran implícitas en el constructo. Considerando las dimensiones resultantes del AFE y el marco teórico de la investigación, se propusieron dos modelos para su Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mediante técnicas de modelos de ecuaciones estructurales (*Structural Equation Modeling*, SEM). Para comprobar la bondad de ajuste y la validez de los modelos, se consideraron tanto el estadístico χ^2 como índices descriptivos contrastados de grado de ajuste. El programa informático empleado para el AFE fue el IBM SPSS *Statistics* para Windows, versión 20.0 (IBM Corporation, New York, NY, USA). Para el AFC del modelo se empleó el programa EQS 6.2 para Windows⁽¹⁴⁾. Los diversos índices de la bondad de ajuste y residuales han sido calculados por el método de estimación de Máxima Verosimilitud Robusta⁽¹⁵⁾, que muestran una menor sensibilidad a la ausencia de normalidad multivariante (Coeficiente de Mardia > 5), que presentan las distribuciones de los datos obtenidos.

Resultados

Fiabilidad y análisis factorial exploratorio (AFE)

En el AFE realizado sobre el prototipo final de la escala de 30 ítems, se observó que los indicadores más significativos se agrupaban en cuatro dimensiones, resultando una escala de 17 ítems después de seleccionar aquellos que mantenían mayores pesos en cada uno de los factores.

Los 17 ítems resultantes y su significado son:

- Acogida (Recibimiento efectivo u hospitalidad que ofrece el profesional al usuario)
- Atención personalizada integral (Atención que proporciona asistencia global, biopsicosocial y espiritual a las necesidades particulares de cada persona)
- Altruismo (Diligencia en procurar el bien del paciente aún a costa del propio aunque sin anularse a sí mismo)

- Autonomía profesional (Condición del profesional que, para ciertas cosas, no depende de nadie)
- Calidad científica (Valor y excelencia científica. Responde a lo que la ciencia sabe)
- Cercanía (Proximidad afectiva, calidez en el trato)
- Compasión (Sentimiento de solidaridad y preocupación que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias)
- Competencia (Pericia, aptitud, idoneidad para realizar la acción del profesional de la salud)
- Conocimiento científico (Poseer los datos y el entendimiento científico adecuado sobre cuestiones de la salud)
- Diligencia (Prontitud, agilidad, prisa, cuidado y actividad en ejecutar la asistencia)
- Empatía (Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro)
- Justicia (Dar a cada uno lo que le corresponde o pertenece)
- Prudencia (Discernir y distinguir lo que es bueno o malo, para seguirlo o huir de ello. Sensatez, buen juicio clínico)
- Respeto a la vida (Consideración y deferencia hacia la vida. No maleficencia)
- Respeto a autonomía usuarios (Consideración y deferencia hacia los deseos, valores y creencias de los usuarios)
- Sencillez (Obrar con naturalidad, con espontaneidad, con llaneza)
- Veracidad (Modo de expresarse libre de fingimiento. Decir siempre la verdad)

La escala presentó un índice de consistencia interna alto, con un valor de Alfa de Cronbach =0.901. En el AFE de la escala, el índice de “adecuación muestral” de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mostró un valor de .931 (próximo a la unidad), y el test de esfericidad de Bartlett ($p < 0.001$) valor de $\chi^2=3213,58$ (g.l.=136).

En la Tabla 1 se presenta la solución obtenida mediante el AFE (por el método de extracción de componentes principales y de rotación Promax) sobre las respuestas al cuestionario (se han suprimido las cargas inferiores a 0.30 para facilitar su lectura), en la que se identifican 4 componentes en la extracción, que explican un 59.528% de la varianza total. La rotación refleja la existencia de una estructura factorial en la que los indicadores se encuentran agrupados en torno a 4 componentes. El análisis de fiabilidad de las subescalas que incluyen los indicadores de los cuatro factores, permitió comprobar que éstas presentan unos índices de consistencia interna, con valores de α de Cronbach de entre 0.70 y 0.80, adecuados si se considera que el número de indicadores para cada factor es reducido. También los índices de homogeneidad fueron

satisfactorios, con correlaciones ítem-total superiores a 0.43 en cada indicador, siendo aceptables a partir de 0.30⁽¹⁶⁾. Por lo tanto, los indicadores propuestos permiten encontrar diferencias entre los sujetos en los factores resultantes de este estudio.

A partir de estos resultados, se operacionalizaron las variables latentes resultantes en función de las variables observables. Esto ha permitido afirmar que el constructo Hospitalidad puede configurarse estructuralmente en cuatro componentes o dimensiones: a) "RESPECTO"; b) "RESPONSABILIDAD"; c) "CALIDAD"; y d) "CUIDADOS TRANSPERSONALES". La dimensión Respeto se compone de los valores que representan respeto por la vida, por la autonomía del usuario y por el trato justo; la dimensión Responsabilidad se compone de los valores que representan la aceptación del cuidado personalizado y cercano del usuario;

la dimensión Calidad se compone de valores que representan una actuación enfermera basada en la competencia y autonomía profesional, así como en un concepto general y amplio de la calidad que abarca otros elementos estructurales o procesuales de la misma; la dimensión Cuidados Transpersonales incluye los valores que representan la capacidad de proyección personal hacia el usuario, con una motivación altruista y un cuidado diligente. Todos los factores resultantes mantenían intercorrelaciones significativas.

La AFE de segundo orden mostró que los factores presentaban una estructura factorial unidimensional (Tabla 2). En consecuencia, se obtuvo un factor de segundo orden como síntesis factorial de los veintitrés indicadores, que explicaba el 44.7% de la varianza, y que se interpretó teóricamente como el constructo "Hospitalidad".

Tabla 1 - Análisis factorial exploratorio de la Escala Axiológica de la Hospitalidad (EAH). Matriz de configuración. Pesos factoriales, varianza explicada y Alfa de Cronbach (N=499). Sevilla, Málaga, Ciempozuelos (Madrid) y Santa Cruz de Tenerife, España, 2011-2015

		X	σ	Componentes				Varianza Explicada
				1	2	3	4	
Responsabilidad	$\alpha = 0,772$	Atención Personalizada integral	6.23	1.045	0.891			40.44%
		Acogida	6.31	0.967	0.768			
		Empatía	6.09	1.096	0.624			
		Cercanía	6.02	1.079	0.490		0.403	
		Veracidad	5.59	1.339	-0.307	0.906		
Respeto	$\alpha = 0,799$	Justicia	5.89	1.354		0.628		6.93%
		Respeto Autonomía	6	1.143	0.338	0.623		
		Respeto Vida	6.32	0.987	0.453	0.568		
		Prudencia	5.87	1.125		0.516		
Cuidados transpersonales	$\alpha = 0,704$	Altruismo	4.89	1.649			0.772	6.54%
		Compasión	5.38	1.479			0.728	
		Sencillez	5.44	1.464		0.527	0.549	
		Diligencia	5.45	1.390			0.516	
Calidad	$\alpha = 0,742$	Calidad	5.77	1.323			0.916	5.61%
		Conocimiento	5.98	1.135			0.750	
		Autonomía	5.52	1.330			0.388	
		Competencia	6.06	1.135	0.311		0.367	
Alfa de Cronbach = 0.901					Total Varianza Explicada		59.53%	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Promax con Normalización Kaiser.

La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

Tabla 2 - Análisis factorial de segundo orden del constructo Hospitalidad. Matriz de configuración y Matriz de correlaciones. Factores de la Escala EAH. (N=499). Sevilla, Málaga, Ciempozuelos (Madrid) y Santa Cruz de Tenerife, España, 2011-2015

	Componente	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Respeto	0.860				
Responsabilidad	0.849	0.664*			
Calidad	0.823	0.612*	0.588*		
Cuidados transpersonales	0.815	0.591*	0.584*	0.563*	

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Promax con Normalización Kaiser. 1 componente extraído.

Análisis factorial confirmatorio

Para confirmar la estructura subyacente, se evaluaron dos modelos de medida rivales que fueran plausibles desde el punto de vista teórico y empírico. El modelo de 4 factores correlacionados es el que presenta unos índices de ajuste más satisfactorios. El estadístico χ^2 escalado de Satorra-Bentler presentó un valor de S-B $\chi^2=241,95$ (g.l.=113, $p<0.00000$). Respecto al ajuste de parsimonia del modelo, la chi-cuadrado normada (2,14) se mostró dentro de los niveles recomendados⁽¹⁷⁾. En cuanto a los índices de ajuste, el índice de ajuste normado (Normed Fit Index, NFI) presentó un valor de 0.900, el índice de ajuste no normado (Non-Normed Fit Index, NNFI) de 0.932 y el índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index, CFI)⁽¹⁸⁾ de 0.944. El error de aproximación cuadrático medio (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA)⁽¹⁹⁾ fue de 0.048, indicando todos ellos un ajuste satisfactorio con valores entre 0.9 y 1⁽²⁰⁾. Se puede concluir que todos los índices de bondad de ajuste calculados muestran un aceptable ajuste entre el modelo teórico postulado y los datos de la muestra, por lo que no se ha podido demostrar que el modelo sea incorrecto, y se ha probado que es uno de los modelos posibles aceptables⁽²¹⁾.

En el análisis más pormenorizado de los valores que mostró la solución estandarizada para el modelo propuesto (Figura 1), se puede comprobar que todos los parámetros presentan estimaciones positivas y significativas.

Los indicadores presentan una fiabilidad adecuada, con cargas factoriales superiores a 0.50 y R^2 superiores a 0.30, excepto el ítem "altruismo", que presenta un $R^2=0.294$, muy cercano al mínimo recomendado. La fiabilidad compuesta fue calculada en cada constructo, con valores entre 0.71 y 0.81, por encima del mínimo recomendado⁽²¹⁾.

Respecto a la validez convergente de los constructos, la varianza media extraída de los factores de primer orden tomó valores entre 0.39 y 0.68.

Por último, se comprobó que la raíz de varianza media extraída para cada constructo presentaba un valor superior al de la correlación que mantenía cada uno de ellos con todos los demás, lo que evidencia la validez discriminante⁽²²⁾.

A continuación, se procedió a ensayar el modelo en una muestra aleatoria, con mitad de los sujetos del estudio. Los índices de bondad de ajuste a partir de los datos de esta muestra aleatoria se pueden considerar aceptables, con un S-B $\chi^2=171.76$ (g.l.=113, $p<0.00003$). La medida de ajuste absoluto (RMSEA) ofreció un valor de 0.046, dentro de los rangos aceptados de ajuste y la valoración de ajuste de parsimonia del modelo presentó una χ^2 normada con un valor de 1.52, también dentro de los niveles recomendados. Respectos a los índices de ajuste incremental, el Normed Fit Index(NFI) presentó un valor de 0.865, el Non-Normed Fit Index (NNFI) de 0.938 y el Comparative Fit Index(CFI) de 0.948, todos ellos con valores aceptables y similares a los obtenidos con la totalidad de la muestra.

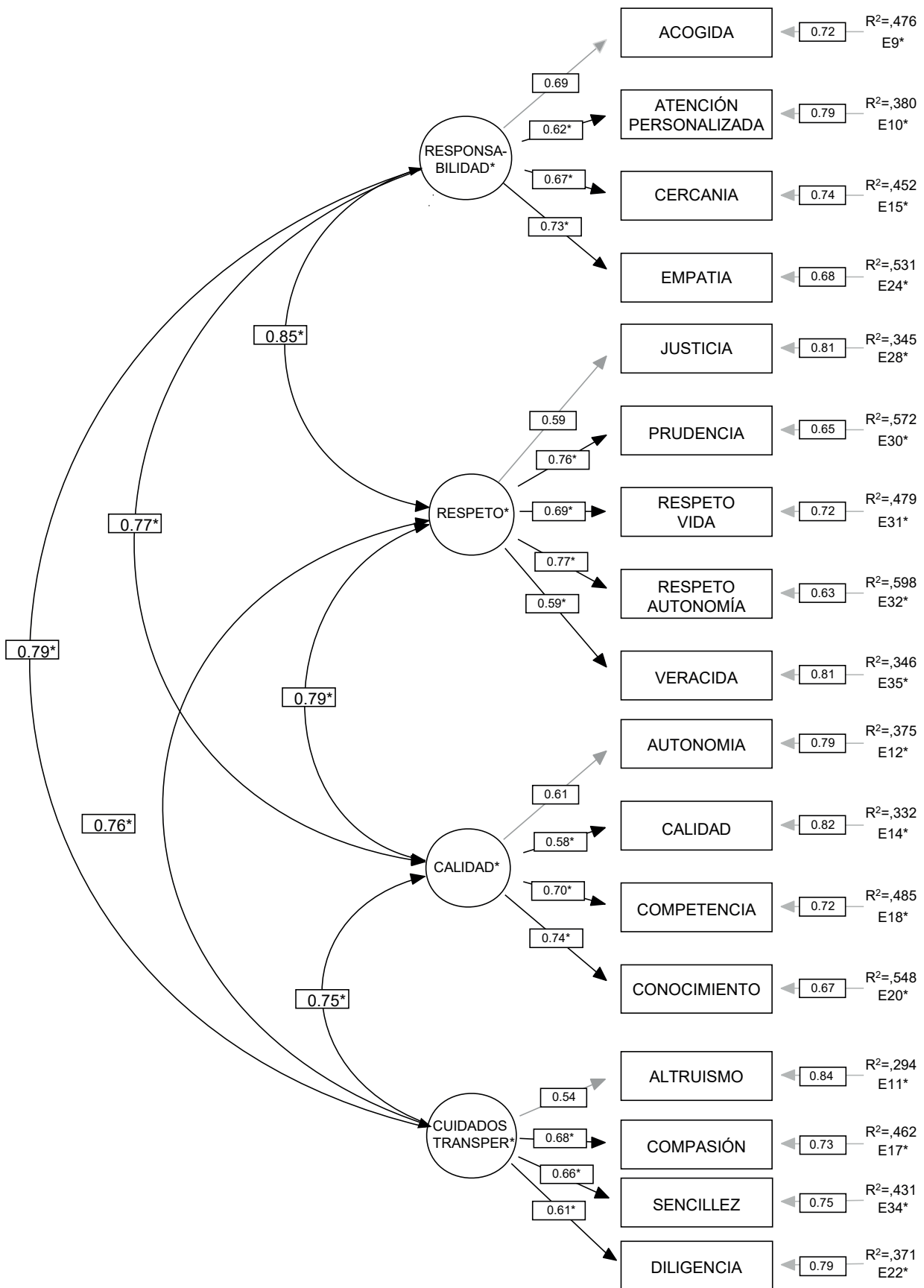


Figura 2 - Solución estandarizada de los parámetros estimados para el modelo de medida de la Escala Axiológica de la Hospitalidad (EAH) (N=499)

Discusión

La mejora de las prácticas acogimiento u hospitalidad son hoy un reto para los servicios de salud⁽²³⁾. Los profesionales de enfermería son capaces de identificar cómo debe realizarse la acogida mediante la escucha cualificada, la humanización, la responsabilidad y el compromiso con las necesidades del otro, sin embargo, en la práctica, para que estas acciones sean reconocidas como un cuidado de enfermería, las enfermeras deben centrarse en la atención relacional⁽²⁴⁾. El acogimiento genera actitudes basadas en valores profesionales⁽²⁵⁾, pues es capaz de promover el vínculo relacional entre los profesionales y los usuarios, permitiendo el estímulo para el cuidado personal, una mejor comprensión de la enfermedad y la corresponsabilidad del tratamiento; potencia el acceso universal, fortalece el trabajo multidisciplinario e intersectorial, cualifica la asistencia, humaniza las prácticas y estimula acciones para combatir los prejuicios⁽²⁶⁾. La evaluación de la estimativa axiológica de la hospitalidad es importante para conocer la actitud de las enfermeras ante este valor nuclear en la práctica de los cuidados. La cultura organizacional sirve de marco de referencia a los miembros de una organización y da pautas acerca de cómo las personas deben conducirse en ellas. La cultura de la hospitalidad supone la vivencia colectiva en el seno de la OHSJD de los valores que la expresan. Es necesario recordar que los valores éticos son bases organizativas y fundamentales de toda sociedad, profesión y persona. Son los que dan sentido e identidad al grupo profesional. Poseen un componente motivador fuerte y son un predictor significativo de la calidad de los cuidados, de la humanización, de la satisfacción de los pacientes y de los propios profesionales. Los valores profesionales correctamente desarrollados, guían la práctica clínica según la ética profesional⁽²⁷⁾.

No hemos encontrado en la literatura otras escalas que midan el constructo Hospitalidad o acogimiento, por lo que la escala que aquí proponemos es original y una aportación novedosa en este ámbito de la investigación que aplicándola al desarrollo de la cultura organizacional, puede ser de ayuda para promover la humanización de la enfermería para mejorar la asistencia sanitaria.

Aunque no se ha logrado una equivalencia exacta entre los valores elegidos para la escala y los declarados por la OHSJD, los valores de cada dimensión de la escala representan adecuadamente a los declarados explícitamente por la OHSJD⁽²⁸⁾.

Una limitación del estudio es que de los cuatro valores declarados, es la espiritualidad el valor menos representado en la EAH. No obstante, la espiritualidad se incluye en la EAH desde la perspectiva del Cuidado Transpersonal que, en definitiva, presupone un enfoque trascendente de la

actividad profesional que no se centra en sí misma sino en el paciente y familia. Esta proyección es expresión de alteridad y tiene un significado espiritual en cuanto que es trascendente. De hecho, el cuidado espiritual del paciente y su familia tiene como expresión fundamental el cuidado transpersonal de los profesionales⁽²⁹⁾.

Una segunda limitación de esta escala es que la muestra sobre la que se ha realizado la validación está formada por profesionales y estudiantes de una institución con una cultura de valores que incorpora en su tradición el valor de la hospitalidad, lo que le otorga una validez interna. Para poder corroborar la validez externa de la escala sería necesario extender este estudio en muestras de otras organizaciones ajenas al contexto de la OHSJD, a fin de comprobar esa validez.

Conclusión

En este estudio se ha analizado el desarrollo de un instrumento que permite medir la actitud ante el constructo de Hospitalidad u acogimiento percibido por profesionales y estudiantes en el contexto estudiado.

La escala presentó un índice de consistencia interna alto (0.901) y las subescalas han mostrado coeficientes de fiabilidad superiores a 0.70. La validación mediante técnicas de AFE y AFC ha permitido confirmar la estructura factorial de la escala y demostrar su validez. Los resultados obtenidos en el AFC permiten postular que el constructo Hospitalidad está conformado por cuatro dimensiones: "Respeto"; "Responsabilidad"; "Calidad"; y "Cuidados Transpersonales".

Respecto a las características psicométricas de la Escala Axialógica de la Hospitalidad, se ha podido confirmar su estructura factorial mediante un modelo de medida que ha presentado unos índices de bondad de ajuste satisfactorios, por lo que se puede afirmar que la escala ha permitido evaluar con suficiente fiabilidad y validez la percepción de Hospitalidad.

Estos resultados corroboran la utilidad de esta herramienta ante la escasez de instrumentos que evalúen el constructo hospitalidad en los profesionales y estudiantes de enfermería.

Agradecimientos

A la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios su compromiso efectivo por la Hospitalidad y el modo de transmitirla a través de la práctica enfermera a través de sus cinco siglos de historia, generación tras generación hasta nuestros días.

A los centros, los profesionales y los estudiantes participantes, que con su apoyo y aportación han hecho posible esta investigación.

Referencias

- Guerrero P, Schaefer Ferreira de Mello AL, Regina de Andrade S, Lorenzini Erdmann A. User embracement as a good practice in primary health care. *Texto Contexto - Enferm.* [Internet]. 2013 Mar [cited Jun 25, 2016]; 22(1):132-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>. Portuguese, English.
- Couto Carvalho BD, Waterkemper R, Silveira Kempfer S, Elisa Carraro T, Radünz V. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. abr 2010 [Acesso 3 jun 2016]; 63(2): 203-08. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200006>. Portuguese.
- Arruda C, Silva D. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2012 Oct [Acesso 25 jun 2016]; 65(5): 758-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500007>. Portuguese.
- Neves M, Pretto Salette M, Ely HC. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS, Brasil. *Rev Odontol UNESP.* [Internet]. 2013 Oct [Acesso 25 jun 2016]; 42(5): 364-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772013000500008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772013000500008>. Portuguese.
- Urra ME, Jana AA, García VM. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia Enferm.* [Internet]. 2011 [Acesso 25 jun 2016]; 1711-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>. Spanish.
- Hepple J, Kipps M, Thomson J. The concept of hospitality and an evaluation of its applicability to the experience of hospital patients. *Int J Hospital Manage.* 1990;9(4):305-18. doi: 10.1016/0278-4319(90)90038-Y. English.
- Kelly R, Losekoot E, Wright-StClair VA. Hospitality in hospitals: the importance of caring about the patient. *HOSP.* 2016; 6 (2):113-29. doi: 10.1386/hosp.6.2.113_1. English.
- Floriani CA1, Schramm FR. How might Levinas' concept of the other's priority and Derrida's unconditional hospitality contribute to the philosophy of the modern hospice movement? *Palliat Support Care.* 2010 Jun;8(2):215-20. doi: 10.1017/S1478951509990952. English.
- Pelisoli C, Sacco AM, Barbosa ET, Pereira CO, Cecconello AM. User embracement in health services: a systematic review in Brazilian journals. *Estud Psicol. (Campinas).* 2014; 31(2):225-35. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000200008>. English.
- Ventosa Esquinaldo F, Arroyo Rodríguez A, Gallardo Moraleda C. Bases teóricas y conceptuales del Modelo de Cuidados Juandediano. *Temperamentvm.* [Internet] 2013 [Acesso 4 jun 2016]; 17. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn17/t2812.php>. Spanish.
- Fernandes de Freitas G, Siles González J. Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. *Index Enferm.* [Internet]. 2008 Jun [Acesso 4 jun 2016];17(2):144-8. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200015&lng=es. Spanish.
- Galán González-Serna JM. Valores éticos interprofesionales compartidos para una asistencia integral. *Cuad Bioética.* [Internet]. 2013 [Acesso 15 dez 2015];24(82):377-90. Disponível em: <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/82/377.pdf>. Spanish.
- Galán González-Serna JM, Ruiz Romero V, Romero Serrano R, Morillo Martín MS, Consigliere Castilla FJ. Valores interprofesionales en enfermeras y estudiantes de Enfermería. *Metas Enferm.* [Internet.] 2014 [Acesso 15 jul 2014];17(4):70-5. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80593/> Spanish.
- Bentler PM, Wu EJC. EQS 6.2 for Windows. Encino CA: Multivariate Software; 2012.
- Bentler PM. EQS 6.1 Structural equations program manual [Internet]. Encino, CA: Multivariate Software; 2006. 422 p. [Access Jun 15, 2016]. Available from: <http://www.econ.upf.edu/~satorra/CourseSEMViena2010/EQSMannual.pdf>
- Bentler PM. Comparative fit indices in structural equation models. *Psychol Bull.* 1990 Mar; 107(2):238-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>. English.
- Bentler PM, Chou C. Practical Issues in Structural Modeling. *Sociol Methods Res.* 1987;16(1):78-117. doi: 10.1177/0049124187016001004
- Bentler PM. Comparative fit indices in structural equation models. *Psychol Bull.* 1990; 107(2):238-46 doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>. English
- Hu L, Bentler P. Cut-off criterion for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Model.*

- 1999;6(1):1-55. doi: 10.1080/10705519909540118. English.
20. Markus KA. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 4^a ed. New York: Guilford Press; 2012. English.
21. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multi-variate data analysis, a global perspective. 7^a ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice-Hall; 2010. English.
22. Chin W. Issues and Opinion on Structural Equation Modeling. MIS Q. [Internet]. 1998 [Access Jun 10, 2015]; 22(1): 7-16. Available from: <http://aisel.aisnet.org/misq/vol22/iss1/3/> English.
23. Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2016 [Access Apr 3, 2017];24:e2676. Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100600&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0933.2676>. English.
24. da Costa, PCP, Garcia, APRF, Toledo VP. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. Texto Contexto -Enferm. 2016; 25(1):e4550015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>. English.
25. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(2):144-9. Portuguese.
26. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013;21(3):695-703. English. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300007>
27. Bang KS, Kang JH, Jun MH, Kim HS, Son HM, Yu SJ, et al. Professional values in Korean undergraduate nursing students. Nurse Educ Today. 2011; 31: 72-5. doi: 10.1016/j.nedt.2010.03.019. English.
28. Plumed Moreno C. Realización de los Valores en la Orden Hospitalaria. Arch Hospitalario. [Internet]. 2011[Accesso 15 jul 2014]; (9): 377-461. Disponible en: [https://www.sjd.es/sites/default/files/ckfinder/userfiles/files/ARCHIVO%20HOSPITALARIO%202011%20\(9\)%20Realizaci%C3%B3n%20de%20los%20valores%20en%20la%20orden%20hospitalaria.pdf](https://www.sjd.es/sites/default/files/ckfinder/userfiles/files/ARCHIVO%20HOSPITALARIO%202011%20(9)%20Realizaci%C3%B3n%20de%20los%20valores%20en%20la%20orden%20hospitalaria.pdf). Spanish.
29. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs. 2011 Jun;20(11-12):1757-67. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x. English.

Recibido: 9.8.2016

Aceptado: 11.5.2017

Correspondencia:
 José María Galán González-Serna
 Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla
 Av. San Juan de Dios, s/n
 CEP: 41930, Bormujos, Sevilla, España
 E-mail: josemaria.galan@sjd.es

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.